

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 101.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles FOUQUÉ

Né le 21 Janvier 1889, à Cherbourg (Manche)

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon



LYON

IMPRIMERIE J. VERNAY

2, Rue du Plat

1913

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR. SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophthalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		TESTUT
Pathologie interne		RENAUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		MORAT
Anatomie pathologique		COLLET
Médecine opératoire		LESIEUR
Médecine expérimentale et comparée		PAVIOT
Médecine légale		POLLOSSON (M.)
Hygiène		COURMONT (P.)
Thérapeutique		LACASSAGNE
Pharmacologie		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET,	—
Déontologie et médecine professionnelle	(El.) MARTIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
GAYET	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIERY, ch...
PATEL	LATARJET	CADE	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président; ROCHET, Assesseur;
MM. GAYET et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

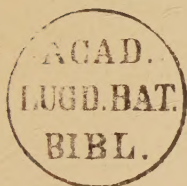
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 101.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles FOUQUÉ

Né le 21 Janvier 1889, à Cherbourg (Manche)

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon



LYON

IMPRIMERIE J. VERNAY

2, Rue du Plat

—
1913

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

spécialement de ma Grand'Mère maternelle, que j'ai plus connue, et dont les témoignages constants d'énergique et tendre dévouement n'ont cessé qu'avec son dernier souffle.

A MON PÈRE

le délicat et consciencieux artiste, qui a commencé à m'inspirer l'amour et la conception élevée de la carrière médicale dont il est profond admirateur.

A MA MÈRE

bien cher et zélé guide de mes premières études, et pour laquelle ma reconnaissance doit être, comme sa tendresse et son dévouement à mon égard : sans bornes.

A MON ONCLE ET MES TANTES FOUQUÉ

A MA FAMILLE

Aux excellentes amies de mes parents :

Mesdames BOURDAIS et JEAN DE LA BRÈTE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JABOULAY

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de
Médecine de Lyon, qui a bien voulu me faire
l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MES JUGES

Arrivé au terme de nos études médicales, nous éprouvons le besoin de remercier les Maîtres qui nous ont honoré de leur bienveillance et éclairé de leurs leçons.

C'est de M. le Professeur Tixier, qui avait bien voulu nous accepter comme bénévole dans son service à l'Hôtel-Dieu, que nous avons reçu de premières et bien précieuses notions de Chirurgie pratique. Nous tenons à en exprimer ici à ce Maître éminent notre profonde reconnaissance, ainsi que du bienveillant intérêt qu'il nous a constamment témoigné.

M. le Docteur Lyonnet, médecin des Hôpitaux, s'est montré aussi envers nous d'une bonté qui nous a bien touché. Nous espérons avoir un peu bénéficié de sa science si profonde de la thérapeutique, en suivant sa visite à l'Hôtel-Dieu. Puissions-nous encore avoir pris de lui un peu de cette affabilité qui l'a rendu si cher à ses malades et à ses élèves.

Au cours des 3 années d'Internat que nous avons passées à l'Hôpital Saint-Joseph, nous sommes resté plus d'un an dans le service de M. le Chirurgien en chef Goullioud. Nous croyons y avoir profité de sa connaissance profonde en gynécologie, chirurgie abdominale, et de ses conseils expérimentés. Qu'il veuille bien en accepter ici l'expression de notre vive gratitude.

Chez le Docteur Thévenet, médecin de l'Hôpital, nous avons étudié surtout la pathologie gastrique dans laquelle il est particulièrement compétent. Qu'il nous permette de le remercier des avantages que nous espérons conserver de ses leçons cliniques si méthodiquement consciencieuses.

Nous avons l'honneur d'être actuellement l'Interne de M. le Docteur Chaballier, Médecin en chef de l'Hôpital. Grâce à lui nous avons acquis une certaine expérience dans la pathologie pulmonaire et cardiaque dont nous saurons tirer profit au cours de notre carrière médicale. Nous l'en remercions et nous garderons toujours le meilleur souvenir de sa cordiale bienveillance.

Enfin, pour les magistrales leçons reçues, en Chirurgie générale et surtout en Urologie, chez M. le Docteur Rafin, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, nous gardons une admiration sans réserve. Il s'y joint, à présent, pour ce grand praticien, un attachement ému, né des inquiétudes que nous a longtemps inspirées la grave maladie qu'une complète guérison va enfin terminer.

Cette thèse, dont il avait bien voulu nous fournir les éléments, nous a mis en rapport avec un grand nombre de ses opérés, lesquels, avec une touchante unanimité, souhaitent que le chirurgien auquel ils déclarent devoir tant, pût reprendre au plus tôt l'œuvre un instant suspendue.

A M. le Docteur Giuliani, son assistant, qui a su se montrer à la hauteur de sa tâche dans le remplacement momentané du Maître dont il a suivi avec tant de profit les exceptionnelles leçons, nous adressons nos remerciements pour les conseils et renseignements qu'il a bien voulu nous donner.

Nous n'oublierons pas, non plus, de remercier M. le Docteur Fayssse, Chef de Laboratoire de l'Hôpital Saint-Joseph, dont nous avons mis la science en anatomie-pathologique à contribution pour l'examen histologique de nos prostates.

INTRODUCTION

Depuis l'année 1901, où Freyer publia ses premières prostatectomies sus-pubiennes, l'ablation de la prostate par la voie haute a été pratiquée par un grand nombre de chirurgiens.

La prostatectomie périnéale semble abandonnée désormais par la plupart des opérateurs.

Il nous a semblé intéressant de publier dans ce travail, 94 opérations de prostatectomie sus-pubienne pratiquées à l'hôpital St-Joseph par MM. les Docteurs Rafin et Giuliani, suivant la technique de Freyer. Le premier de ces chirurgiens a longtemps pratiqué lui-même la prostatectomie périnéale. Dans les thèses de Faÿsse (1904) et Piollenc (1906) étaient exposées 50 observations de prostatectomie périnéale pratiquées par lui et plus tard, il devait en faire encore 25 nouvelles, ce qui porte à 75 le nombre des prostatectomies par la voie périnéale opérées par le D^r Rafin. En 1910, M. Rafin publiait, in *Folia urologica*, les résultats de ces 75 interventions.

Sur les 94 cas exposés dans ce travail, 74 ont été opérés par lui. Nous pourrons donc ainsi comparer les résultats des deux méthodes de prostatectomie entre les mains du même chirurgien.

Nous avons adopté, pour la publication des observations, la même division que celle de la thèse de Faÿsse, c'est-à-dire que, dans un premier groupe, nous avons

placé les rétentions récentes avec symptômes dysuriques antérieurs; dans le 2^e groupe, les rétentions chroniques complètes, c'est-à-dire les malades assujettis à la sonde depuis un nombre d'années plus ou moins considérable.

Enfin, dans le 3^e groupe, se trouvent toutes les rétentions chroniques incomplètes qu'il nous a paru utile de subdiviser elles-mêmes en : rétentions chroniques incomplètes sans distension vésicale, et rétentions chroniques incomplètes avec distension.

Nous commencerons par publier toutes ces observations, puis nous envisagerons successivement :

1^o Les prostates enlevées au point de vue *anatomo-pathologique* ;

2^o Les résultats opératoires de la prostatectomie hypogastrique ;

3^o Les résultats cliniques de la prostatectomie ;

4^o Les indications de la prostatectomie ;

5^o L'anesthésie des prostatectomisés ;

6^o La technique opératoire dans laquelle nous envisagerons rapidement, non seulement la méthode de Freyer, mais encore la prostatectomie en deux temps ;

7^o Les soins consécutifs nécessaires.

CHAPITRE PREMIER

Observations Cliniques

OBSERVATION I

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Prostatisme. Dysurie. Rétention brusque. Cathétérisme régulier pendant 50 jours. La rétention persiste complète. Urine peu infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale, éther. Traitement : lavages par la plaie. Pas de ligature des déférents. Orchite. Fistule fermée le 28^e jour. Rétention d'urine. Rétrécissement de l'urètre au niveau du bec de la prostate. Urétrotomie externe. Fistule fermée définitivement le 67^e jour. Résidu nul. Incontinence considérable nuit et jour. Dernier examen 4 ans après. Rétrécissement non récidivé. Urine limpide. Résidu 0.*

T., 66 ans, cultivateur à Soleymieu (Loire), entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 11 septembre 1908, pour rétention d'urine.
Antécédents généraux. — Néant.

Antécédents spéciaux. — Ni blennorragie, ni syphilis. Sondé pour la 1^{re} fois par le Dr Avril, il y a 2 jours.

Affection actuelle. — Aurait débuté il y a une dizaine d'années. Vers cette époque, le malade commença à être obligé de se relever la nuit pour uriner. Depuis 4 ou 5 ans, il présente de la pollakiurie, surtout nocturne. 5 ou 6 mictions la nuit, toutes les 2 ou 3 heures le jour.

La 1^{re} crise de rétention date du dimanche 6 septembre. A la suite d'excès de boisson, crise de pollakiurie très vive, suivie de rétention incomplète : quelques gouttes d'urine seulement après de pénibles efforts. Cet état aurait duré du dimanche soir au mardi soir, époque à laquelle le Dr Avril pratiqua le cathétérisme qui donna issue à 1 litre d'urine mélangée de

sang et de caillots. Rétention incomplète ensuite jusqu'au jeudi où le Docteur pratiqua de nouveau une tentative de cathétérisme sans résultat, suivie d'une hémorragie assez importante.

Quand le malade entre à l'hôpital le 11 septembre, il est en rétention depuis le 8 au soir. Il éprouve des douleurs très violentes dans le bas ventre, des besoins continuels d'uriner. Le ventre est dur. La matité vésicale remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Sonde de Nélaton ne passe pas. Sonde à bécuille N° 24 passe : elle donne issue à 500 grammes d'urine très sanglante après lesquels on fait un lavage substitutif au nitrate d'argent à 0.75 pour 100. Le liquide du lavage ressort très rouge avec quelques caillots. On laisse environ 100 gr. du mélange de nitrate dans la vessie. On retire la sonde.

Une heure après, violent besoin d'uriner qui nécessite un cathétérisme. On essaie successivement une sonde à bécuille 24 puis 20 sans résultat. On pratique alors la manœuvre de Guyon avec le mandrin qui permet d'introduire une bécuille N° 20. On retire 300 grammes de liquide à peine sanguinolent ; lavage substitutif au nitrate d'argent, le liquide ressort très rouge et il s'écoule quelques gouttes de sang pur entre la sonde et le canal. On laisse la sonde à demeure bouchée. Lavages au nitrate d'argent toutes les 2 heures.

En somme, voici l'état du malade, le jour où on l'examine :

Mictions. — Rétention presque complète. Il ne sort que quelques gouttes d'urine et de sang ; elles s'accompagnent de douleurs violentes.

Urine. — Sanglante.

Urètre. — Explorateur à boule 18 passe librement.

Prostate. — Grosseur d'une mandarine ; consistance normale, plutôt ferme ; lobe gauche un peu plus saillant, pas de bosse-lure.

Reins et urètres. — Rein droit 0 ; la région rénale gauche se laisse moins facilement déprimer, probablement à cause de la résistance musculaire.

Testicules. — Testicule droit 0 ; vaginale gauche présente un peu d'épanchement.

12 septembre. — L'hématurie a persisté toute la journée; on a fait des lavages environ toutes les 2 heures. Entre ces lavages, il s'écoulait une certaine quantité de sang pur entre la sonde et le canal.

13 septembre. — Plus d'hémorragie. Sonde laissée à demeure.

31 octobre 1908. — Le malade ayant été bien préparé, et la rétention restant complète, on pratique l'intervention. PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE pratiquée par M. le Dr Rafin (procédé de Freyer).

Incision médiane comme pour la taille. Petite incision vésicale. On déchire la muqueuse en arrière du col avec l'ongle, et on décolle assez facilement la prostate. On ne parvient pas à déchirer l'urètre membraneux avec l'ongle, la capsule n'ayant probablement pas été assez décollée avec le doigt. L'extirpation se fait alors aisément lobe par lobe en n'enlevant qu'une partie de l'urètre prostatique. On place alors le tube de Freyer qui peut à peine passer par la plaie vésicale; lavage chaud, puis massage léger de la loge par le doigt rectal. Sonde à demeure, suture de la plaie en un seul plan métallique comprenant les droits, mèche au bord de la plaie.

La prostate enlevée pèse 40 grammes. Macroscopiquement, elle présente de nombreux noyaux. Il semble s'agir d'un adénofibrome.

Le soir de l'opération, le malade va bien.

1^{er} novembre. — Très bon état. Le matin, il enlève son drain (peut-être était-il un peu long, de plus il n'était pas cousu). On ne remet ni tube ni drain. Suintement sanguin modéré pendant l'opération et le jour de l'opération. Toutefois, il a fallu enlever, à plusieurs reprises, les caillots qui bouchaient le tube, car dès que celui-ci était bouché, le malade souffrait. L'ablation des caillots le soulageait.

3 novembre. — Etat général excellent. L'écoulement, par la plaie, d'urine sanguinolente, persiste depuis le début, il sort même un peu de sang par l'urètre. On commence les lavages en introduisant une Nélaton par la plaie; lavages chauds à l'eau légèrement oxygénée.

4 novembre. — Il est sorti un peu d'urine par le canal.

6 novembre. — Les lavages par la plaie ont été continués 2 fois par jour, l'urine est restée sanguinolente, mais elle l'est de moins en moins, et même à peu près plus.

7 novembre. — Application de l'appareil d'Irving.

8 novembre. — La quantité d'urine émise par l'urètre n'augmente guère, ou tout au moins, il est difficile de le savoir. Le malade dit qu'il se sent uriner. Etat général toujours excellent. Un peu de rougeur au niveau des fils.

9 novembre. — Ablation des fils. Tout va bien.

23 novembre. — L'amélioration persiste. La plaie est en bon état. Pour se rendre compte si le malade urine par le canal (il ne peut le dire), on enlève pendant 3 heures l'appareil d'Irving. On constate qu'il passe de l'urine par le canal. L'urinal en renferme 200 ou 300 grammes. L'état général est excellent.

27 novembre. — La plaie n'est pas encore complètement fermée; orchite droite.

28 novembre. — Le malade n'a pu uriner de la nuit. Une Nélaton 14 est arrêtée. Une sonde 16 est arrêtée au niveau du point correspondant au bec de la prostate. On n'insiste pas davantage à cause de l'orchite.

2 décembre. — N'a pu uriner cette nuit. On a dû évacuer sa vessie au moyen d'une sonde introduite par la plaie hypogastrique. Aujourd'hui les instruments explorateurs de l'urètre (bougies, béniqués) sont arrêtés au même point correspondant au bec de la prostate. Bien que ces manœuvres aient été faites avec douceur, l'urètre saigne. On n'insiste pas davantage. On dilate l'orifice hypogastrique et on fait, par là, un lavage de la vessie.

8 décembre. — Jusqu'à présent, l'état urétral est resté stationnaire. Le malade ne pouvant uriner par le canal, on se propose de lui faire une urétrotomie externe. Au moment d'être opéré, le malade déclare qu'il a pu uriner par le canal pendant qu'on avait enlevé l'appareil d'Irving. On ajourne l'opération.

10 décembre. — Nouvelle exploration de l'urètre. Une Nélaton 14 est arrêtée. On essaie alors de l'introduire avec le man-

drin, mais inutilement. Toutes les tentatives de cathétérisme échouent, sauf un Béniqué que l'on peut introduire dans la vessie.

URÉTROTOMIE EXTERNE. — Incision périnéale comme pour une prostatectomie par la voie basse. Les premiers temps sont ceux de cette opération. On incise le muscle recto-urétral. On incise de visu l'urètre membraneux sur le Béniqué. Dans des manœuvres ultérieures (probablement par suite d'adhérences), on perfore le rectum. On le suture au Repin avec une aiguille courbe et on place une sonde à demeure. Le soir, le malade va très bien. Il n'a pas saigné. La sonde à demeure fonctionne bien. L'état général est très bon.

15 décembre. — Les suites ont été bonnes. On enlève aujourd'hui la sonde à demeure.

30 décembre. — Depuis l'ablation de la sonde, il a pu parfois uriner, mais surtout par la plaie. Depuis 3 ou 4 jours, il perd son urine qui sort goutte à goutte par le canal. Aujourd'hui, il n'a pas eu d'incontinence ; miction normale, constipation, il souffre quand il va à la selle.

5 janvier 1909. — Etat général excellent. Il ne paraît pas avoir d'incontinence ; mictions environ 5 fois la nuit. Capacité vésicale, 130 grammes ; urine un peu trouble et sans odeur ; résidu nul ; présence assez nette d'albumine. Plaie cicatrisée. Au testicule gauche, induration de l'épididyme de moyenne importance. Le testicule droit est masqué par un épanchement de la vaginale, mais paraît normal. La plaie rectale est bien cicatrisée et le malade ne va qu'une fois à la selle.

25 août 1910. — Etat général parfait. Urine louche (à peine) ; mictions 3 ou 4 fois la nuit et toutes les 2 heures le jour. Il perd parfois un peu d'urine en travaillant. Albumine en petite quantité. Très légère éventration à peine sensible. Une boule 20 passe librement. Une Nélaton 16 passe facilement. Capacité vésicale 120 grammes.

RÉGION PROSTATIQUE. — On trouve un petit corps formé de 2 lobes séparés, comme une prostate minuscule.

N.-B. — A sa sortie de l'hôpital, il avait une incontinence

considérable diurne et nocturne. Elle est allée en diminuant de plus en plus. Le malade présente une hydrocèle droite.

14 novembre 1912. — Le malade, convoqué à l'hôpital, revient s'y faire examiner. Etat général excellent. Il perd toujours un peu ses urines, surtout le jour en travaillant. Cicatrice : bonne.

Mictions. — Une vingtaine de fois le jour et 3 à 4 fois la nuit. Aucune douleur en urinant. Mais de temps en temps, douleur assez violente dans le bas-ventre, surtout lorsqu'il a bu un peu plus qu'à l'ordinaire. Il travaille encore pas mal pour son âge, aide à la moisson, pioche. Il boit actuellement 1 litre de vin par jour, quelquefois plus quand il se trouve en compagnie. Bon appétit, digère bien, langue bonne.

Fonctions génitales. — A encore des rapports sexuels avec sa femme, une fois par mois environ. Encore des désirs génésiques, mais plus de liquide spermatique.

Urine. — Limpide, mais avec un disque d'albumine. On recommande au malade de modérer sa boisson.

Prostate. — Absolument plate. On sent comme 2 petits lobes prostatiques ayant la forme normale séparés par un sillon.

Urètre. — Un explorateur à boule 18 arrive dans la vessie et passe bien. Résidu nul. A peine une cuillerée à café de liquide. Il a toujours son hydrocèle droite. Rien au poumon. Peut-être un peu d'emphysème.

OBSERVATION II

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention presque complète. Cystostomie sus-pubienne d'urgence par le Dr Andry. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature des déférents et castration unilatérale. Lavages par la plaie. Mort le 8^e jour. Autopsie. Ulcère perforé de l'estomac.*

B. J.-L., 67 ans, placier en coton, entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1908, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Catarrhe bronchique depuis 1870. Tousse facilement l'hiver. Cinq enfants, dont trois morts de la poitrine de 16 à 22 ans. Les deux autres bien portants. Fièvre typhoïde à 17 ans. Dyspepsie à 50 ans. N'a jamais uriné de graviers, mais on en a trouvé 4 dans sa vessie, de la grosseur de petites noisettes.

Début de la maladie. — Depuis 7 à 8 ans, envies plus fréquentes d'uriner, surtout le jour; il marchait beaucoup. Depuis 4 ans, aggravation, surtout le jour. Urinait 2 à 3 fois par nuit avec un peu de douleur. En 1907, le Dr Fontanille a constaté 200 à 230 gr. de résidu. Il y a 5 à 6 mois, ce Docteur ne trouve rien à l'exploration métallique. En septembre, dans une promenade, il urine 20 fois et se sonde 2 fois. Orchite droite et fièvre. Sonde à demeure, mal supportée, pendant 6 à 7 jours. On le sonde alors 5 à 6 fois en 24 heures, résidu 150 gr. environ et à peu près pas de mictions spontanées.

Le 27 septembre, cystostomie sus-pubienne par le Professeur Audry de Toulouse, pratiquée d'urgence.

Etat actuel. — Toute l'urine passe par la plaie depuis la cystostomie, et il est pourvu de sonde de Pezzer dans la plaie.

Urine. — Trouble, d'odeur un peu forte, contenant de l'acide. Sucre 0.

Prostate. — Volumineuse, consistance ferme, sillons nets.

Reins et uretères. — Le rein droit se sent un peu. Rein gauche 0.

Testicules. — Orchite à droite. Encore en rapports sexuels au mois de septembre. Avait un rapport tous les mois.

Etat général. — Bon; bon appétit. S'est remonté depuis l'opération, mais va surtout mieux depuis 3 semaines. Malade urine un peu par l'urètre, mais très incomplètement, c'est ainsi qu'à près une miction de 25 gr, on trouve 180 gr. de résidu.

8 décembre 1908: PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Procédé de Freyer. Incision médiane comme pour la taille. Puis petite incision vésicale. On déchire la muqueuse vésicale en arrière du col avec l'ongle, et on décolle avec les doigts la capsule de la prostate. On parvient, mais assez péniblement, à

déchirer l'urètre membraneux. L'extirpation de la prostate se fait alors en bloc. Tube Freyer. Lavage chaud. Suture de la plaie faite en un seul plan métallique comprenant les droits. Avant l'ablation de la prostate, ligature des canaux déférents et castration à droite. Prostate pèse, 55 gr. Recouverte à peu près en totalité par sa capsule propre. Lobe médian paraît constitué par de petits lobules. Il existe également d'autres lobules saillants à la surface. A la coupe, la prostate paraît adénomateuse. La face interne des lobes est recouverte par la muqueuse prostatique, mais l'urètre n'a pas été enlevé au-delà de la portion prostatique.

Le soir, malade va assez bien. Pouls : 100. T. 38°5. A peu saigné. Pas de shock. Bon aspect.

9 décembre. — Va bien. A soif, mais langue bonne.

10 décembre. — Ce matin, état du malade quelque peu inquiétant, quoique plaie en bon état. A vomi une fois hier soir, a beaucoup de nausées, très altéré. T. 38°2. Pouls 84. Malade se sent très affaibli. Purgation sans résultat net, a émis des gaz.

11 décembre. — 2 à 3 lavages par jour à l'eau oxygénée avec une Nélaton introduite par le tube (sauf le 1^{er} jour où l'on en a fait un seulement se contentant d'enlever les caillots avec des pinces). Ablation des fils du côté de la ligature du déférent, et de la mèche, du côté de la castration. Malade va très bien de ce côté. Ablation du tube, du reste bien supportée. L'alimentation, liquide seulement, a été restreinte. Pas de vomissements, mais état nauséux, renvois fréquents, un peu de hoquet. Soif assez intense, mais langue humide. Malade se plaint de souffrir du ventre dans les deux flancs. Ventre est ballonné; le toucher rectal est douloureux du fait seul de l'introduction du doigt. La pression sur la région prostatique l'est également. On ne sent pas de matière. Bords de la plaie ne présentent pas d'inflammation. Ce soir, T. 38°9, pouls 104.

12 décembre. — Ce matin, meilleur aspect, mais T. a augmenté un peu, 39°, et le pouls plus fréquent. On note du ballonnement considérable de l'abdomen; l'estomac, très distendu, dessine sous la peau une vaste cornemuse. Sonorité tympanique dans

tout l'abdomen, y compris la région hépatique, sauf dans les deux flancs où il existe de la submatité. Malade n'a pas vomi. Allé 2 fois à la selle (lavement purgatif) mais selles très peu abondantes. On lui fait un lavage de l'estomac. Il sort des gaz, des aliments et des mucosités. Ce soir, malade semble être un peu mieux. T. un peu plus basse, à 38°6, pouls 120.

13 décembre. — Très légère amélioration constatée hier s'est accentuée. Légère diminution du pouls et de la T. Ventre un peu moins ballonné. Par suite du ballonnement du ventre, un fil de suture a sauté, et l'on aperçoit la saillie du cul-de-sac péritonéal. Par le lavage vésical, il ne sort rien, sauf quelques petits débris de sang coagulé et sans odeur.

14 décembre. — Pas eu de gaz hier ni aujourd'hui, sauf ce soir, à l'occasion d'un lavement. Le pouls (vers 130) présente quelques intermittences. Ballonnement persiste, mais ventre moins dur. N'avale plus que du liquide. On lui a fait 2 lavements de sérum et 2 seringues de caféine.

15 décembre. — Pas de selle, ni de gaz, sauf au moment des lavages. Ventre dans le même état. A partir de midi, le malade entre dans le coma. Mort à 8 h. soir.

(A noter qu'après la cystostomie d'urgence pratiquée en septembre par le Pr Audry, malade avait eu ballonnement très accentué).

17 décembre: AUTOPSIE. — Sur table d'autopsie, on constate à la vue et à la percussion, un météorisme très accentué de tout l'abdomen. Dès l'incision de la paroi, le ventre s'affaisse brusquement. Il n'y a pas de péritonite. Cependant, il existe dans les 2 flancs un épanchement sanguin, d'ailleurs peu considérable. On note en outre que les anses intestinales sont nettement dilatées et, par places, un peu rouges.

Estomac. — Sur la face antérieure de l'estomac, au niveau de la grande courbure de l'estomac, on trouve une petite perforation. Pour la mieux examiner, on enlève l'organe. La perforation s'est faite sur la cicatrice très nette d'un vieil ulcère (d'où les troubles dyspeptiques présentés par le malade voilà 17 ans). Elle est petite, arrondie, du volume d'une tête d'épingle. A un

examen plus attentif, le D^r Rafin constate qu'elle est cloisonnée par des brides qui auraient pu peut-être s'opposer à l'issue du contenu stomacal (absence de péritonite) tout en permettant aux gaz de se répandre dans la grande cavité et de distendre les parois.

L'urètre ni la vessie ne présentent aucune lésion. La loge prostatique, examinée par ses deux faces (antérieure et postérieure) est en excellente voie de cicatrisation. Rien aux uretères.

Les reins sont un peu diminués de volume : 125 gr. ; légèrement bosselés et présentant quelques infarctus. Les poumons et le cœur n'ont pas été examinés, le malade n'ayant rien présenté pouvant attirer l'attention sur ces organes. En somme, le ventre, fortement distendu, s'étant brusquement affaissé à l'ouverture, il semble qu'il y avait de l'air dans la cavité péritonéale elle-même.

OBSERVATION III

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne très modérée. Rétention brusque à peu près complète et persistant au bout de 40 jours. Infection de l'urine minime. Prostatectomie sus-pubienne : Anesthésie générale (éther ou Bilroth). Ligature des déférents. Lavages par la plaie insuffisants. Infection et incrustation de la plaie extérieure. Périnéotomie. Ablation d'une importante quantité de débris phosphatiques dans la vessie et la loge prostatique. Mort d'infection avec pneumonie terminale.*

G, 69 ans, voiturier, demeurant à Villefranche, entre à l'hôpital le 17 décembre 1908, pour rétention d'urine. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Marié. Femme bien portante, jamais de fausse-couche; quatre enfants bien portants.

Antécédents généraux. — Pas de maladie antérieure, sauf une fracture de la clavicule gauche et une fracture de deux côtes.

Antécédents spéciaux. — Blennorrhagie 0. Hématurie 0. Coliques néphrétiques 0, Buvaît 2 litres de vin par jour autrefois, ces dernières années 1/2 litre. Sondé 3 fois.

Affection actuelle. — Entre pour rétention d'urine. Quelques troubles urinaires depuis 3 ans. Pollakiurie très nette. Se levait 2 ou 3 fois la nuit, souffrait en urinant. Miction lente, souvent retardée; jet à peu près vertical.

Le dimanche 6 décembre, excès de boisson à un banquet. Dans la nuit, miction douloureuse. Le lundi matin, à son travail, besoin fréquent et très douloureux qu'il ne peut satisfaire. N'émet qu'une petite quantité d'urine. Le médecin le sonde et retire 1/2 litre d'urine. Le cathétérisme le fait un peu saigner. Le lendemain, même tableau. Un autre médecin ne peut arriver à le sonder. Depuis ce jour (8 décembre), le malade a beaucoup souffert, besoin continuel; chaque fois, quelques gouttes. Un 3^e médecin le sonde et retire 1 litre 1/2 environ d'urine.

Elat actuel. — Urine : Légèrement louche, sans sucre, ni albumine.

Urètre. — Une Nélaton 20 passe facilement.

Vessie. — A la palpation et à la percussion, on délimite la vessie à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Prostate — Modérément hypertrophiée, forme un bloc de consistance ferme, sans bosselures avec sillon médian pas très marqué; pas très développée dans le sens de la hauteur, mais bombant assez fortement du côté du rectum.

Elat général. — Assez bon. Constipation prononcée. Anorexie assez marquée. Soif modérée. Langue sèche.

17 décembre. — 5 heures du soir. A son entrée, on sonde le malade et on retire 500 gr. d'urine légèrement louche, sans vider la vessie. Lavage substitutif. Le liquide du lavage renferme quelques caillots anciens et d'autres débris; au début, il est beaucoup moins limpide que l'urine retirée.

18 décembre. — Malade sondé 4 fois. Au 5^e cathétérisme, la vessie est vide. Lavage nitraté à 0,25 %.

10 janvier. — Rétention toujours complète. Quatre cathétérismes par jour. La nuit, sonde à demeure avec fausset.

16 janvier : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE pratiquée par M. le Dr Rafin. — Ligature des déférents. Technique de Freyer suivie aussi exactement que possible. Incision médiane sous-

ombilicale comme pour la taille; petite incision vésicale. La muqueuse vésicale est déchirée par l'ongle en arrière du col. On déchire assez facilement l'urètre membraneux. L'extirpation de la prostate se fait alors en 2 lobes. On place le tube de Freyer. L'urètre membraneux a été sectionné au ras de la prostate. Lavage chaud. Suture de la plaie à un seul plan métallique. La prostate enlevée pèse 35 gr. Elle est recouverte en partie par sa capsule. Elle paraît constituée par de petits lobules. A la coupe, suc blanchâtre. La prostate paraît adénomateuse. La face interne des lobes est recouverte par la muqueuse urétrale.

Le soir, malade va bien. Pas de shock. Pas de T. A très peu suppuré.

19 janvier. — Ablation du tube.

20 janvier. — On applique l'appareil d'Irving. Plaie en bon état, mais un peu rouge.

23 janvier. — Un peu de fièvre depuis deux jours, mais qui baisse. Langue bonne. L'appétit revient un peu. La plaie n'a pas très bon aspect. Rougeur au niveau des fils et dans les points non suturés.

24 janvier. — La sonde pénètre mal ou pas dans la vessie par la plaie hypogastrique. Il est probable qu'elle ne pénètre pas depuis longtemps. Tentative de lavage sans sonde par l'urètre. Le liquide pénètre mal et le malade souffre. Urine toujours un peu hématique. Moins aujourd'hui. Ablation des fils.

5 février. — Toujours de la fièvre avec de grandes oscillations. Matin 37°5, soir 39. Pourtant, langue bonne et, jusqu'à ce jour, appétit suffisant. Aujourd'hui, moins bon appétit. Les premiers jours après l'opération, éruption qui avait paru due au salol. On l'avait supprimé, on l'emploie de nouveau. Nouvelle éruption. Hier, lavage par la plaie douloureux; il est sorti des glaires. La plaie paraissait incrustée ces jours-ci. Elle a meilleur aspect, mais il est sorti hier, de sous la lèvre gauche, une cuillerée à café de pus. A quoi est due la température? A l'éruption? La plaie suppure-t-elle? On fait le toucher rectal et on a la sensation d'une prostate molle s'écrasant sous le doigt comme remplie de cire.

8 février. — Chute de la température.

9 février. — Un peu plus de température. Par le toucher rectal, il s'évacue, par la plaie hypogastrique, un pus abondant, gluant et fétide.

10 février. — La température persistant, le malade prend un facies altéré et on décide de drainer plus largement.

PÉRINÉOTOMIE. — Incision concave de la prostatectomie périnéale. Après dénudation, on incise l'urètre prostatique. Il s'écoule alors en abondance du pus fétide. Lavage prolongé. Drain périnéal et mèche. Drain hypogastrique. Avant l'incision périnéale, on avait un peu débridé la plaie hypogastrique et introduit le doigt dans la vessie. On sent une grande quantité de plâtras dans la vessie et dans la loge prostatique qui n'était nullement revenue sur elle-même.

12 février. — Ablation des mèches. Lavage 3 fois par jour au nitrate.

20 février. — On fait des lavages avec une canule introduite par la plaie. Le liquide, faiblement nitraté, ressort largement par l'ouverture hypogastrique. Celle-ci a bon aspect. On supprime le drain hypogastrique. On tente de placer une béquille dans l'urètre, mais on n'y arrive pas. Le soir, fièvre.

21 février. — Fièvre diminue un peu. Langue bonne.

23 février. — Aggravation. Pneumonie droite occupant la moitié inférieure du poumon avec souffle tubaire.

26 février. — Légère amélioration. Lavages continués avec la canule introduite par le périnée, on lave abondamment, et le liquide ressort par la plaie hypogastrique. Ce matin, sa famille l'emmène, malgré notre opposition, en pleine pneumonie, par un froid intense. Mort quelques jours après.

OBSERVATION IV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention d'urine incomplète et variable.*

Urine limpide. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Lavages par la plaie. Guérison. Résidu : 20 gr. Troubles mentaux ultérieurs. Le malade est mort à l'Hôtel-Dieu, peu de mois après, avec des troubles cérébraux.

G. A., 68 ans, homme de peine, habitant à Lyon, entre à l'hôpital pour troubles de la miction le 14 janvier 1909.

Antécédents généraux. — Marié depuis 1874. Pas d'enfants. Opéré par le Dr Rafin pour hernie, il y a 10 ans environ et, en même temps, pour hydrohématocèle. Après l'opération, rétention d'urine qui a duré 18 jours. Une blennorrhagie à 22 ans, avec cystite qui a duré 6 mois. Pas de sang.

Début de la maladie. — Un peu de difficulté pour uriner depuis 10 ans. Depuis 8 jours, grande difficulté. Avait été sondé plusieurs fois après l'opération de la hernie.

Etat actuel. — *Mictions* : 3 à 4 par nuit ; le jour, toutes les heures.

Urine. — Limpide, légers flocons après le toucher rectal. Présence nette d'albumine. Pas de sucre. Au microscope, culot renferme globules blancs.

Vessie. — Résidu : 320 gr. Capacité 500 gr. Le 16 janvier 1908, 260 gr. d'urine limpide.

Prostate. — Grosse, saillante, consistance charnue sans bosselures, sillon peu net.

Reins et Uretères. — 0.

Testicules. — Trace d'incision sur le scrotum droit.

Etat général. — bon.

18 janvier. — Résidu : 330 — Capacité 895. Urine limpide. Dit avoir uriné 2 fois nuit dernière et être resté 2 heures sans uriner le jour.

19 janvier. — Résidu : 430 gr. Hier, malade sondé à 9 heures, n'a pas uriné jusqu'à 10 heures du soir.

21 janvier. — Résidu : 500 gr. Plus d'albumine.

23 janvier : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE — Ligature dé-férents. Avant l'intervention, on sonde le malade. Il y a 4 heures qu'il n'a uriné. Résidu : 300 gr. Lavage. Incision de la taille. On refoule en haut le cul-de-sac péritonéal. Incision de la vessie. Pas de calculs. On déchire la muqueuse vésicale en arrière du col. Libération de la prostate assez difficile, en un seul bloc. Lavage chaud. Tube de Freyer. 2 points de suture en haut. Mèche en haut et en bas. Prostate pèse 35 gr. Rien de suspect. A la coupe, s'écoule abondant liquide laiteux non collecté. Beaucoup de petits lobules (1).

Le soir, pendant 4 heures, suintement de sang très abondant qui affaiblit quelque peu le malade, sans formation de caillots. Puis hémorragie s'arrête et l'état est satisfaisant. Pas obligé de faire d'injection.

24 janvier. — Un peu de fièvre. Etat satisfaisant. Lavage par sonde.

25 janvier. — Ablation tube Freyer et fils scrotaux.

26 janvier. — Appareil d'Irving.

28 janvier. — Ablation des fils. Plaie en assez bon état, bien qu'un peu rouge.

1^{er} février. — Un peu de T. : 39°; quelques râles au poumon.

2 février. — Amélioration. La T. a plutôt tendance à diminuer. Langue humide. Plaie en bon état. Malade a des escharres sacrées assez abondantes, mais qui ne paraissent pas enflammées.

8 février. — La plaie a bon aspect. 2 fois par jour, lavage faiblement nitraté. Langue passable. Pas de fièvre.

9 février. — Plaie a bon aspect. Sonde ne passant plus par l'ouverture hypogastrique, on lave par le canal une fois par jour.

(1) La muqueuse, déchirée pour aborder la prostate, a la forme d'un V, comme si la pointe de la déchirure empiétait sur bas fond vésical. La commissure postérieure, constituée par la capsule propre de la prostate, est intacte sur la pièce. Les 2 lobes se séparent en avant. La déchirure de l'urètre est correcte et siège au point voulu, c'est-à-dire en arrière du véru. La vessie est flasque, on la voit se contracter un peu avec le lavage chaud.

15 février. — Eau du lavage ne ressort pas par la plaie.

16 février. — Eau du lavage passe par plaie hypogastrique très faiblement. On n'insiste pas. On le sonde. Résidu 400 gr. Lavage de la vessie.

18 février. — La plaie paraît étanche, mais en raison de l'état mental du malade, on ne peut se rendre compte s'il a uriné par le canal.

20 février. — Malade urine abondamment. Résidu 20 gr. Malade singulier, inégalité pupillaire, a perdu la tête.

Mort à l'Hôtel-Dieu, 3 mois après, avec troubles cérébraux.

OBSERVATION V

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Crises de rétention. Rétention incomplète sans distension. Urine très infectée, mais améliorée par le traitement préalable. Prostatectomie sus-pubienne. Ligature des déférents. Résidu nul. Mort subite quatorze mois après.*

D., 68 ans, propriétaire, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital le 8 janvier 1909, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Veuf, femme morte d'une broncho-pneumonie. Cinq enfants, dont un mort du croup à 3 ans. Quatre autres bien portants. Jamais aucune maladie. Présente parésie congénitale du bras droit.

Antécédents spéciaux. — 2 à 3 blennorragies dans la jeunesse sans orchite ni cystite.

Affection actuelle. — Avant crises de rétention signalées ci-dessous, pas de phénomènes urinaires nets; pas de pollakiurie nocturne. Mictions du jour ne paraissent pas être plus nombreuses, sauf après repas copieux ou excès de boisson.

1^{re} crise, il y a 6 ans, à la campagne. Impossibilité absolue d'uriner avec souffrances atroces. Impossibilité de cathétérisme par le médecin appelé, dont les tentatives le font saigner. A la suite, il urine un litre de sang. Rentre à Lyon où il n'est sondé

avec succès qu'au bout de 3 jours. Rétention cède aux cathétérismes au bout d'un mois à peu près. Depuis, nouvelle crise de temps en temps. Depuis 6 mois, aggravation. Sondé au moins 2 fois par jour, urine un peu tout seul, sans effort et sans douleurs. Pendant ces 6 mois, quelques crises de rétention complète. Il y a 3 mois, nouvelle hématurie à la fin d'un cathétérisme. 1/2 verre de sang à peu près.

Etat actuel. — *Mictions* : Spontanées, mais peu abondantes, 5 à 6 le jour, 1 ou 2 la nuit. Pas de douleur.

Urine. — Trouble, sans odeur, réaction légèrement acide. Disque net d'A. de 1/2 travers de doigt, peu dense. Pas de S.

Etat général. — A un peu maigri, considérablement perdu l'appétit, pas de constipation, ne toussé pas.

31 janvier 1909. — Malade, régulièrement sondé, est très amélioré comme état général et urines. On pratique la PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (technique de Freyer). Ligature déférents. Incision médiane sous-ombilicale. Petite incision vésicale. Muqueuse vésicale déchirée en arrière du col ainsi qu'urètre membraneux, et on extirpe la prostate en un seul bloc sur lequel se détache nettement le lobe médian qui formait dans la vessie un croupion très net (bien senti au cours de l'intervention). Deux autres lobes sont moins distincts. Poids 65 gr. A la coupe, lobules et suc lactescent. Macroscopiquement, elle paraît adénomateuse. Tube de Marion. Lavage chaud. Soir : malade en excellent état. Hémorragie insignifiante.

2 février. — Ablation du tube et des fils au niveau du scrotum.

3 février. — Appareil d'Irving. Plaie bourgeonnante et de bon aspect.

6 février. — Sonde ne pénétrant plus par la plaie hypogastrique, on lave par canal.

10 février. — Nuit dernière, malade a uriné seul et abondamment à deux reprises, à peu près la valeur d'un bol, chaque fois, dit-il. Ce matin, eau du lavage ne ressort plus par plaie hypogastrique. Dans la soirée, urine seul et abondamment. On le sonde, on retire 10 à 20 gr. seulement d'urine très purulente. Lavage.

18 février. — Capacité vésicale : 200 gr. Résidu : quelques minutes après miction 20 gr. assez trouble, avec glaires sanguinolentes, inodore. Lavage vésical (acide borique, nitrate).

Etat général du malade devint ensuite excellent. Engraisa beaucoup et paraissait congestionné. Urine presque limpide contenait un peu d'A. En août 1910, étant au café M., attaque d'apoplexie, meurt le jour même.

OBSERVATION VI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention d'urine. Vessie forcée. Persistance de la rétention après 50 jours de traitement. Urine limpide. Rétention presque complète. Prostatectomie hypogastrique. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Lavages par l'urètre sans sonde. Fistule fermée le 24^e jour. Difficulté de cathétérisme. Dernier examen 3 ans 3/4 après l'opération : Etat général et urinaire excellent.*

G. C., 71 ans, cultivateur, habitant à Gueugnon (Saône-et-Loire), entre le 24 janvier 1909 pour troubles urinaires.

Marié, femme bien portante, 3 enfants bien portants, une fille morte à 42 ans d'opération.

Antécédents généraux. — Quelques rhumes l'hiver; jamais de pleurésie.

Affection actuelle. — Quelques troubles urinaires depuis 2 ans; avait de la pollakiurie peu accentuée : 1 ou 2 mictions la nuit, lentes, un peu douloureuses. Le 20 décembre, le malade, ayant bu à la foire, souffre beaucoup le soir pour uriner, besoin toutes les 5 minutes pour émettre quelques rares gouttes d'urine. Ces symptômes ont persisté 8 jours au bout desquels se produisit la miction par regorgement. La nuit, perte de l'urine sans besoin jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — *Mictions* : toutes les 1/2 h.; la nuit, 10 à 12.

Urine. — Limpide, sans sucre ni albumine.

Vessie. — Distendue, remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Globe saillant et mat.

Prostate. — Moyennement hypertrophiée ; sillon médian perceptible, mais pas très net. Pas de bosselures. Consistance charnue.

Etat général. — A maigri et presque complètement perdu l'appétit. Soif continuelle. Pas de selle depuis 6 jours.

Traitement. — Cathérisme évacuateur progressif.

24 janvier. — Le matin, on retire 500 gr. d'urine limpide. A ce moment, contraction vésicale assez douloureuse. Lavage substitutif. On termine par 2 seringues de nitrate à 0.50 %. 6 heures soir : on retire 600 gr. d'urine. Douleur, à ce moment, que l'on fait cesser en injectant de l'eau bouillie. Lavage substitutif. Nitrate.

25 janvier. — Matin : 600 gr., douleur ; 4 h soir : 500 gr., douleur peu vive à l'évacuation.

26 janvier. — Urine un peu trouble due sans doute au nitrate car, au microscope, on trouve seulement quelques globules rouges.

28 janvier. — Pour la 1^{re} fois, vessie vide. Dorénavant, on la videra à chaque cathétérisme. Toutefois l'évacuation ne se fait que progressivement et au cours du lavage. Urine teintée par le nitrate.

Culot. — Beaucoup de cellules en raquettes.

21 février. — Cathétérisme effectué régulièrement, urine limpide. Appétit et état si satisfaisants qu'on pense à l'intervention différée cependant parce qu'il y a un peu de polyurie.

22 février. — Un peu de difficulté pour le cathétérisme avec une Nélaton, ce qui oblige à utiliser la béquille. Un peu de sang.

23 février. — Ce matin, frisson. A 11 h., sonde à demeure. Fièvre.

27 février. — Amélioration. Sonde supprimée le jour.

4 mars 1909. — Etat général et appétit redevenus bons. Urine très limpide, sans albumine.

6 mars. — Nouvelle poussée fébrile, peut-être due à un mal de gorge.

10 mars. — A uriné de 1800 à 1900 gr. les 3 derniers jours. Depuis le 24 février, sonde à demeure la nuit jusqu'à 3 heures du matin. Sondé 4 fois par jour. Résidus varient de 100 à 260 gr. au 1^{er} cathétérisme du matin; de 300 à 400 gr. au cathétérisme du soir. Parfois, au sondage de 8 heures soir, quantité sensiblement moindre, de 120 à 200 gr. Hier, malade a uriné spontanément 1/2 verre.

16 mars 1909. — PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE pratiquée par le Dr Rafin. Ligature des deux déférents. Technique de Freyer. Incision médiane sous-ombilicale de la taille. Petite incision vésicale. On déchire en arrière du col la muqueuse vésicale. Enucléation facile des lobes prostatiques. Extirpation de la prostate se fait en 2 lobes. Lavage chaud et massage de la loge. Tube de Marion. Deux fils métalliques à l'angle supérieur. Un fil à l'angle inférieur de la plaie.

Prostate enlevée pèse 15 gr.; constituée par 2 lobes, le droit ayant à peine le volume d'une noisette, le gauche sensiblement plus volumineux. Leur face interne est recouverte par la muqueuse urétrale. Aucune parcelle de l'urètre membraneux n'est vue. Frappé de l'inégalité des 2 lobes, le Dr Rafin a recherché avec attention, s'il ne reste rien du côté droit, il n'a rien trouvé.

Le soir, malade en bon état. Douleur modérée, a très peu saigné. T. 38. Pouls 76. Pas de vomissements ni de shock.

18 mars. — Ablation du tube de Marion. On met un drain par où l'on fait un lavage au nitrate.

20 mars. — Ablation des fils des canaux déférents. Lavage par le canal. Plaie en bon état. Constipation. Etat général satisfaisant. Pas de selle, mais ventre point ballonné. On ne sent rien dans le rectum. Lavage, par l'urètre, sans sonde. Liquide coule facilement. Lavage par le drain hypogastrique. Le liquide employé était de l'eau faiblement nitratée. Il sort un peu de débris par la plaie qui est en assez bon état.

27 mars. — Appareil d'Irving. Les lavages par l'urètre, sans sonde, ont été faits chaque jour (solution faiblement nitratée). Le 25, le malade avait beaucoup toussé. On craint la grippe. Hier, 26, la T. atteint 40°,4 sans point de côté et cependant, cette

nuît, le malade a moins toussé. Transpiration abondante. Ce matin, mieux sensible. Il s'agit vraisemblablement de grippe (épidémie). Toutefois, comme la plaie vésicale est presque cicatrisée et que le traumatisme par le lavage pourrait être cause de la T., on s'abstient de lavage.

29 mars. — Lavage par le canal. Le soir, pas de T.

7 avril. — Pas de lavage depuis le 2 avril. Plaie réduite à une fissure linéaire. Dès le 3 avril, il urine un peu par le canal. Le 5, le malade est resté 2 ou 3 heures sans uriner, malgré un impérieux besoin. Violent frisson. Température monte à 39°,8. Hier encore, un peu de fièvre. L'urine passe en totalité par le canal. A l'auscultation : rien. Langue et appétit assez bons.

8 avril. — Urine passe toute par le canal. Mictions, 4 à 5 le jour, 3 à 4 la nuit, se font facilement, avec une très légère sensation douloureuse au moment de l'expulsion des dernières gouttes. Bon état général. Très bon appétit. Urine toujours purulente.

20 avril. — Résidu : 1/2 h. après la miction : 40 gr. Le malade part en l'absence du Dr Rafin qui lui écrit de revenir dans 3 semaines.

4 juin. — Etat général parfait. Urine encore un peu trouble. Une Nélaton 16 ne passe pas. Quantité d'urine : la nuit, 60 cc. en 3 fois. Le jour, 120 en 6 fois. Une boule 18 donne un ressaut, probablement à l'entrée de l'urètre membraneux, puis progresse librement de 4 cm. environ et butte ferme ; il semble qu'elle est dans la cavité prostatique et qu'elle butte contre l'entrée de la vessie. On n'insiste pas en raison de l'amélioration générale et de l'abondance des mictions. *Prostate* : sensation de mollesse ouatée plus dure en haut. Urine avec facilité, un peu de cuisson. Depuis quelques jours cependant, un peu plus de difficulté.

20 juin. — Lettre du malade qui continue à bien aller, à uriner facilement, avec un peu de cuisson. Pas d'incontinence, même en toussant.

25 novembre. — Etat général bon. Pas d'éventration au niveau de la cicatrice. Couché à 7 h. et se levant à 6, il urine une

seule fois la nuit. Urine un peu trouble, peu odorante, acide, un peu d'A.

Résidu : nul. — Capacité vésicale : 225 gr. Un explorateur à boule 16 ou 18 semble rencontrer un point rétréci et est ensuite arrêté dans la partie la plus profonde de l'urètre avant d'entrer dans la vessie. — Par le doigt rectal, on ne sent pas la boule. Une Nélaton semble également arrêtée à l'entrée de la vessie. Une bécuille 16 pénètre dans la vessie après un petit retard à l'entrée même de la vessie. — *Toucher rectal*. — Au niveau de la zone prostatique, on sent une masse de la grosseur d'une châtaigne, nettement plus développée à droite qu'à gauche et qui, à droite, se continue avec un peu d'induration. Le malade déclare qu'il éprouve une sensation de faiblesse dans la cuisse, et de souffrance lorsqu'il s'appuie sur cette cuisse droite. Il traîne un peu la jambe. On ne sent pas de ganglions dans l'aîne ni dans la fosse iliaque, mais la région de l'aîne paraît moins creusée que celle du côté opposé. On suspecte le néoplasme. En somme, il est vraisemblable qu'il existe un petit diverticule dans la loge prostatique et que la difficulté de pénétrer dans la vessie se trouve au niveau du point de jonction de la prostate avec la vessie. Le résultat fonctionnel est excellent, mais la prostate est fortement suspecte de dégénérescence.

Fonctions génitales. — Rapports sexuels 2 mois après l'opération et environ tous les deux mois, avec sensation moindre.

8 décembre 1910. — Etat général excellent. Cicatrice bonne. Urine assez trouble (traces d'albumine). Il urine bien. Jet suffisant. Une miction la nuit.

Urètre. — Une Nélaton 16 est arrêtée vraisemblablement dans l'urètre postérieur, et il vient une petite goutte de sang. On n'insiste pas davantage, vu l'état général.

Prostate. — L'idée de dégénérescence semble devoir être écartée. On sent comme une prostate peu saillante, ferme, sans bosselure, de la grosseur d'une châtaigne. Le malade éprouve toujours quelque petite douleur dans la cuisse droite.

17 novembre 1912. — Il écrit au Dr Rafin qu'il urine bien et se trouve parfaitement.

OBSERVATION VII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention incomplète avec distension. Urine purulente clarifiée par le traitement préalable. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature déférents. Lavages par l'urètre. Fistule fermée le 24^e jour. Persistance d'une grande rétention. 5 à 600 gr. Grande capacité vésicale, plus de 700 gr. Difficulté de cathétérisme. Rétrécissement urétral.*

J. J.-M., 69 ans, habitant à Lyon, maçon, entre à l'hôpital le 15 mars 1909, pour incontinence.

Antécédents généraux. — Marié. Femme paralysée actuellement. 7 enfants, dont 4 vivants et bien portants. Personnelle-ment, bonne santé antérieure.

Antécédents spéciaux. — N'a jamais été sondé.

Affection actuelle. — A débuté le 12 mars dernier à la suite d'une chute en conduisant une brouette. Souffrant vivement dans la région du rein gauche et la fosse iliaque du même côté, il fit appeler le Dr Branche. Ce dernier découvrit un globe vésical remontant à l'ombilic et apprit que le malade avait de l'incontinence. Depuis 18 mois, il urine 10 à 12 fois par nuit en plus de l'incontinence. Il l'envoie à l'hôpital. Depuis 10 ans environ, le malade se mouille pendant le sommeil, d'abord de façon irrégulière; et depuis 3 ans, à peu près toutes les nuits. Jamais d'incontinence à l'état de veille. Il prétend qu'avant l'apparition de l'incontinence, ses mictions n'étaient pas augmentées de nombre. Il dit ses urines troubles depuis un mois.

Etat actuel — Mictions : Le jour, toutes les 1/2 heures. La nuit, 8 fois au moins, sans compter l'urine perdue pendant le sommeil. Ne souffre pas en urinant.

Urine. — Très purulente.

Urètre. — Explorateur à boule 18 passe librement.

Vessie. — Après la miction, le globe vésical remonte à l'ombilic.

Prostate. — Nettement hypertrophiée. Elle forme un bloc de consistance charnue, sans bosselures, ayant à peu près le volume

d'un marron d'Inde. L'hypertrophie prédomine nettement sur le lobe gauche.

Reins. — Non perçus.

Testicules. — Les deux épидидymes sont un peu durs, se délimitent mal, et, dans l'ensemble, font penser à certaines bacilloles à évolution fibreuse.

Etat général. — Assez bien conservé. Appétit excellent. Langue bonne. Digestions faciles. Soif assez vive. Doigts : A gauche, le médius et le petit doigt; à droite, l'annulaire, ont leurs phalanges fléchies les unes sur les autres et l'extension ne peut se faire. Les tendons fléchisseurs correspondants dessinent, à la face palmaire de la main, une corde dure.

16 mars. — Malade, n'ayant pas dormi cette nuit, a uriné 30 fois.

21 mars. — 4 cathétérismes par jour; évacuation progressive avec abondants lavages. Un peu de sang depuis 2 jours. Aujourd'hui vessie est vide pour la première fois.

25 mars. — Vessie vide, la prostate paraît peu hypertrophiée, peu saillante, de consistance molle.

29 mars. — Sous influence cathétérismes et lavages réguliers, urines rapidement améliorées. Actuellement d'une limpidité parfaite. Pas d'albumine.

5 avril. — Etat général très bon. Appétit resté excellent. Soif a diminué. La quantité des urines s'est abaissée à 1800 gr.

6 avril : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Ligature déférents. Incision médiane sus-pubienne. Refoulement en haut du cul-de-sac péritonéal. Petite incision vésicale. Avec le doigt, on déchire la muqueuse en arrière du col. On énuclée assez laborieusement les deux lobes prostatiques en bloc. Lavage chaud et massage de la loge prostatique. Freyer. Mèches. Deux fils métalliques à l'angle supérieur de la plaie, un à l'angle inférieur. Intervention remarquablement peu sanglante. Prostate enlevée très petite : 7 gr. Deux petits lobes à peu près égaux. A la coupe, tissu blanchâtre laissant s'échapper un suc laiteux. Macroscopiquement, on ne relève aucune trace de dégénérescence. Au niveau de la face supérieure et de la face interne de la prostate, on distingue nettement l'urètre prostatique qui

paraît avoir été enlevé à peu près en totalité. La face supérieure forme une sangle qui relie les deux lobes prostatiques. Au niveau de la face intérieure, on reconnaît le veru montanum et les orifices des canaux éjaculateurs.

Le soir, n'a pas saigné, pas vomi; pas de shock, pas de fièvre, pouls à 64. Chaque jour, sauf le premier, lavage par le tube de Freyer. Drain à la place du tube.

9 avril. — Appareil d'Irving. Lavage, par l'urètre, sans sonde. Liquide ressort un peu rosé. Bon état général. Bonne langue.

14 avril. — Très bon état local et général. Tous les jours, lavage par l'urètre. Toute l'urine passe encore par la plaie.

22 avril. — Commence à uriner un peu par le canal. Pas de lavages depuis le 20.

23 avril. — Mictions par le canal ne sont pas plus abondantes, mais lavages par le canal ne ressortent pas par la plaie hypogastrique.

24 avril. — Urine abondamment par le canal.

26 avril. — Urine passe toute par le canal, le 20^e jour après l'opération.

29 avril. — Pendant la miction, et entre les mictions, un peu d'urine s'échappe par la plaie hypogastrique. Une sonde de Nélaton ne peut entrer, butant contre le fond de l'urètre.

1^{er} mai. — Tout passe par l'urètre. Urine est très trouble. Malade sort de l'hôpital. Etat général bon. 3 ou 4 mictions par nuit.

12 mai. — Plaie restée bien fermée. Etat général bon. Bon appétit. Urine trouble un peu odorante. 3 mictions la nuit. Le jour, reste 3 ou 4 h. sans uriner. Au *toucher* : région prostatique absolument plate.

17 juin. — Malade a eu un peu d'inflammation, il est sorti un peu d'urine par la plaie. Urine très pâle, 2 mictions la nuit. Un peu d'albumine.

25 novembre. — Etat général excellent. Un explorateur à boule est arrêté à l'entrée de la région membraneuse. On en sent le talon par le toucher rectal. Un explorateur 12 franchit le point rétréci et est arrêté dans la traversée prostatique. Une Nélaton 16 ne passe

pas. Une bécuille 16 est également arrêtée dans la traversée prostatique, à l'entrée de la vessie. On le constate nettement par le toucher rectal. La bécuille étant dans cette position, il sort 50 gr. d'urine un peu trouble, à odeur ammoniacale. Un Béniqué n° 32 est arrêté un instant dans ce point et passe ensuite en donnant une sensation nette de ressaut. On passe ensuite un 34 et un 40 avec la même sensation. Toucher : Région prostatique absolument plate. Après avoir ainsi dilaté avec des Béniqués, on passe une bécuille 16 et on retire 600 gr. de résidu trouble et un peu mal odorant. Capacité vésicale : 800 gr.

Génitalité. — Avant l'opération, malade avait rapports sexuels à intervalles très éloignés. Depuis lors, tentative infructueuse, presque plus d'excitation génésique.

15 décembre 1910. — Etat général excellent. *Mictions* : la nuit, 2 fois seulement, facilement, jet normal. Le jour, 3 à 4 fois. *Urine* : Trouble, mal odorante, un peu alcaline; très peu d'albumine. *Urètre* : Un explorateur 17 donne un petit ressaut au point signalé et est arrêté à l'entrée de la prostate. Une Nélaton 16 y est également arrêtée. Bécuille 16 aussi. Béniqué 35 passe facilement, après un ressaut à l'entrée de la vessie, et ensuite est tout à fait libre. La bécuille 16 passe facilement après le Béniqué. *Vessie* : *Résidu* : 525 gr., trouble, mal odorant. On injecte 600 gr., et la sonde, étant relevée à 15 cm. au-dessus du niveau de la vessie, le liquide affleure à peine au pavillon de la sonde et subit des mouvements de retrait sous l'influence des mouvements respiratoires. A 700 gr., le malade n'a pas envie d'uriner. On renonce à plus pour ne pas distendre la vessie.

Génitalité. — Rapports mensuels, même sensation qu'autrefois. Incontinence : 0, sauf quand il fait effort pour soulever sa femme paralysée. Au toucher, loge prostatique ferme et plate; on conseille au malade de venir se faire sonder.

22 décembre 1910. — On passe des Béniqués de 34 à 40. Le 1^{er} donne un ressaut à l'entrée de la vessie, et ce ressaut est de moins en moins perçu, à mesure qu'on passe d'autres Béniqués. Résidu : 500 gr.

8 février 1911. — Va très bien.

OBSERVATION VIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention brusque. Guérison ultérieurement : dysurie, puis rétention persistante soignée incorrectement. Urine peu trouble. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Mort probablement par le poumon et le cœur (avait eu l'hiver précédent une grosse affection pulmonaire).*

P. L., 72 ans, m^d de nouveautés, demeurant à l'Arbresle, entre à l'hôpital le 24 novembre 1905 pour troubles urinaires.

Ant. personnels. — Otite moyenne gauche qui lui a laissé une surdité totale : il a suppuré de 10 ans à 60 ans. A 35 ans, maladie indéterminée qui l'a tenu 2 mois au lit. Hernie inguinale gauche volumineuse, réductible, avec gargouillements depuis l'âge de 55 ans.

Antécédents spéciaux. — Il nie la blennorrhagie et la syphilis. Pas de lithiase urinaire, jamais d'hématurie.

Affection actuelle. — A débuté jeudi dernier 23 novembre 1905. Après un repas de fête, le malade ne peut uriner. La rétention étant totale et les souffrances très fortes, un médecin, appelé, le sonde sans difficulté le soir et 4 f. la nuit suivante. Auparavant, le malade urinait sans difficulté, mais 6 à 7 f. le jour, et 1 ou 2 fois la nuit. Cette situation existait depuis 7 ans environ. Il entre à l'hôpital. Pas de douleur. Sondé matin et soir, les urines sont claires.

Mictions. — Sondé 2 f. le j., 1 fois la nuit.

Urine. — Claire, sans S. ni A.

Urètre. — Une Nélaton 16 franchit difficilement le méat, passe facilement ensuite.

Vessie. — Résidu et capacité : 260 gr.

Prostate. — Assez volumineuse, de consistance dure, charnue, lobe droit un peu plus saillant que le gauche, le bord supérieur nettement délimité. Latéralement, les limites sont diffuses.

Reins. — Inaccessibles.

Testicules. — Petits et très douloureux à la pression.

Etat général. — Excellent. Langue bonne. Constipation. Assez bon appétit.

Traitement. — Malade sondé 4 f. par jour. Résidus diminuent peu à peu.

11 décembre. — Malade n'a pas été sondé depuis 48 h. Résidus 60 gr. Urine dépolie. Il peut partir, a uriné 4 à 6 fois la nuit dernière.

11 août 1906. — Le malade rentre à l'hôpital. Après sa sortie, ses urines étaient claires, et il urinait facilement toutes les 2 h. environ. *Mictions* : 3 à 4 par nuit. Progressivement depuis 2 à 3 mois, la dysurie a augmenté et les urines sont devenues troubles. Jamais sondé depuis sa sortie. Il y a 15 jours, il aurait eu une orchite droite. Rétention complète depuis le 10 août au soir. Il a été sondé 2 fois avant son entrée à l'hôpital, la dernière fois, à 5 heures du soir. A 8 h., à son entrée, on trouve : résidu : 140 gr., capacité 150 gr. Urine purulente, alcaline, d'odeur forte, contenant de l'A., pas de S. Reins 0. Prostate : augmentée de volume. Testicules : à gauche 0 ; à droite, tête indurée augmentée de volume. Rien au cœur ni aux poumons. Langue bonne. Etat général bon. Sonde à demeure la nuit.

14 août. — Malade sondé 2 f. par jour. Résidu variant entre 100 et 130 gr. Il urine spontanément en assez grande quantité. Urine très sale.

16 août. — Hier, on n'a pas mis la sonde à demeure la nuit. Obligé de sonder le malade à 2 h. du matin. Résidu : 350 gr.

18 août. — Résidu oscillant entre 150 et 250 gr. ; 2 sondages par jour. Sonde à demeure la nuit. Ses urines s'éclaircissent un peu.

18 août. — Il sort. Urine encore trouble. Résidus : de 45 à 110 gr.

3^e séjour : 15 mars 1909. — Jusqu'à la semaine dernière, le malade urinait à son gré : 10 f. le jour, 4 f. la nuit. Il ne s'est plus fait sonder. Parfois un peu de douleur en urinant. Vendredi dernier, 12 mars, il est resté 2 h. sans pouvoir uriner. Le Dr Saint-Clair le sonde 4 f. Il entre à l'hôpital le lendemain.

4 cathétérismes dans la journée, sonde à demeure la nuit. Résidu 250 à 300 gr. Urine trouble, mal odorante. Au 1^{er} cathétérisme : 380 gr. Hier miction spontanée, langue bonne, état général passable.

22 mars. — Malade est sondé 2 f. par j. Résidu diminue. Il va bien, on met la sonde à demeure la nuit.

20 avril. — Après date ci-dessus, le malade a refusé la sonde à demeure la nuit. Il en est résulté qu'il a eu des mictions très fréquentes, toutes les 10 minutes, et même impossibilité d'uriner. Aussi, depuis le 1^{er} avril, la sonde est mise d'une façon régulière jusqu'au 16 avril. De cette façon, nuits bonnes. Résidus varient de 280 à 80 gr. Le jour, mictions au moins toutes les heures. Il y a 2 jours, le résidu s'étant abaissé à 80 gr., on a supprimé la sonde à demeure la nuit, et de nouveau, les mictions se sont produites toutes les 10 minutes. Et le résidu du matin s'est élevé à 200 gr.

Etat général. — Assez bon. Appétit suffisant. Ni soif, ni constipation. Parfois un peu de diarrhée. Quantité d'urine : 1500 gr., très modérément trouble. Un peu d'albumine. Capacité vésicale : 200 gr. La prostate donne les mêmes indications qu'au premier séjour, et notamment dureté plus grande et comme une bosse-lure du bord supérieur du lobe droit. Sillon médian pas très net.

21 avril 1909 : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Ligature des déférents. Technique de Freyer. Incision médiane sus-pubienne de la taille hypogastrique, petite incision vésicale ; pas de calculs dans la vessie. Avec le doigt, on déchire la muqueuse vésicale en arrière du col. On décortique les lobes prostatiques assez facilement avec le doigt vésical pendant qu'un doigt est introduit dans le rectum. L'extirpation de la glande se fait en 2 lobes. Lavage chaud et massage de la loge. Tube de Freyer et mèche. On met une longue mèche à l'angle inférieur de la plaie où il y a eu un peu de décollement en arrière du pubis. Deux fils métalliques à l'angle supérieur de la plaie. Pansement. La prostate enlevée pèse 40 gr., elle est de volume moyen, constituée par deux lobes ; le lobe droit, plus

volumineux et plus nettement lobulé, a une forme sphérique. L'autre est plutôt rectangulaire. Leur face interne est tapissée par la muqueuse urétrale. A la coupe, on a un tissu blanchâtre, de consistance molle, laissant s'échapper du liquide blanchâtre assez abondant. Macroscopiquement, il n'y a pas de dégénérescence.

Dans les premiers moments qui ont suivi l'intervention, le malade a légèrement saigné et a éliminé avec le sang, par le tube de Freyer, un petit fragment de prostate laissé dans la vessie. Le soir, bon état général. Hémorragie modérée, pas de shock, pas de vomissements.

22 avril. — On fait aujourd'hui un lavage par le tube de Freyer.

23 avril. — Ablation du tube de Freyer. Lavage nitraté par l'urètre. L'eau sort très facilement par la plaie. A l'ablation du drain, l'état du malade paraît très satisfaisant. Ce soir, un peu de T., 38°5. Pouls à 108. Bon aspect. Petit frisson après le pansement.

24 avril. — Ce matin, le malade a une dyspnée intense. T. 38,6. Pas de point de côté. Un peu de sub-délire. A l'auscultation, râles sibilants disséminés. Et au sommet droit, il semble qu'il y ait quelques râles sous-crépitants. Le soir, l'état ne paraît pas avoir empiré ; le sub-délire, noté à l'examen de ce matin, a plutôt diminué. La dyspnée persiste et le pouls est mauvais, irrégulier, avec de nombreuses intermittences.

A l'auscultation, mêmes signes que précédemment. Minutieusement interrogé à l'occasion de cette complication pulmonaire, le malade nous apprend que l'hiver dernier (1908), il a eu chez lui une bronchite très grave. A noter que le malade avait été soigneusement ausculté avant l'intervention et que l'on n'avait rien trouvé.

En somme, les suites opératoires immédiates ont été des plus satisfaisantes et on pouvait compter sur un bon résultat. Le malade n'avait pas dit qu'il avait eu l'hiver dernier une bronchite dont il avait failli mourir. A-t-il pris froid, étant découvert pendant le pansement ? Cela se peut bien. La bronchite, par

elle-même, ne l'aurait pas tué, car elle s'était localisée au côté droit (le gauche étant presque indemne). Mais, dès le début, la dyspnée a été intense et le pouls mauvais. Il est mort brusquement, la nuit, alors que le soir, à part le pouls, il semblait être en meilleur état.

C'est certainement le cœur qui a *flanché*.

Autopsie refusée.

OBSERVATION IX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie progressive. Rétention brusque. Urine limpide. Un peu de difficulté de cathétérisme. Rétention persistante après un mois de traitement. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Fistule fermée le 14^e jour. Résidu 35 gr. puis 0. Récidive néoplasique probable. Taille hypogastrique de soulagement. Mort 3 ans après la Prostatectomie.*

V. H., 67 ans, tulliste, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital le 4 mai 1909, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Pas de maladie antérieure. Femme bien portante. Deux enfants bien portants, un mort de méningite à 8 ans. Douleurs rhumatismales depuis 30 ans. Varices depuis 10 ans. Pas d'éthylisme.

Antécédents spéciaux. — Néant. Jamais sondé.

Affection actuelle. — Depuis 6 ans, 1 à 2 mictions la nuit. Depuis 2 ans, 4 à 5; depuis 1 an, 5 à 6, avec un peu de difficulté et de douleur à la fin de la miction. Depuis 8 jours, 14 ou 15 mictions la nuit et toutes les 1/2 h. le jour. Il y a 2 jours, le 3 mai, sensation de tension au niveau de l'hypogastre, et suppression des mictions. Le 4, tentative de cathétérisme sans succès par le Dr Durand qui l'envoie à l'hôpital.

A l'entrée, la vessie atteint l'ombilic, rétention brusquement augmentée car il souffre beaucoup. Embonpoint considérable. Rate hypertrophiée (matité); le foie semble de volume normal. Râles de congestion aux deux bases (tiers inférieur); cœur normal à 80. Varices aux deux membres inférieurs.

Mictions. — Toutes les 1/2 h. le jour; 14 ou 15 la nuit. Un peu de douleur à la fin de la miction.

Urine. — trouble, ni S. ni A. Culot : très nombreuses cellules épithéliales et rarissimes globules blancs Quantité 1550 gr. le 1^{er} jour.

Vessie. — Remontant à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Prostate. — Uniformément étalée, sans bosselure. On atteint à peine le bord supérieur. 6 mai : modérément hypertrophiée, bien saillante, sans bosselure, de consistance ferme, sillon assez bien marqué. En somme, rien ne permet de penser à une dégénérescence.

Reins. — Non perçus.

Testicules. — Normaux.

Etat général. — Très bon, pas de troubles digestifs.

5 mai. — Sondé 4 f. en 24 h. Aujourd'hui, après évacuation de 500 gr., la vessie est vide. Urine limpide.

10 mai. — Encore sondé 4 f. par jour. Résidu : 300 à 480 gr. Aucune miction, ni la nuit, ni le jour. Le malade n'est pas sondé la nuit, et les résidus du matin dépassent 400 gr. Etat général parfait.

28 mai. — Sondage impossible avec Nélaton. On passe une béquille. Hématurie importante le 28 et le 29.

3 juin. — L'hématurie a disparu depuis le 29 et le cathétérisme a été aisé. Ce matin, on ne peut plus passer ni une Nélaton, ni une béquille. Le résidu varie de 200 à 400 gr. Quand on attend à le sonder, il urine quelques gouttes. Quantité en 24 h. : 1.100 à 1.500 gr. Urine limpide, légèrement floconneuse. Ni S. ni A. Appétit bon. A 11 h., on passe une Nélaton 16. En raison des difficultés qui surviennent de temps en temps pour le cathétérisme, et du bon état général du malade, on lui propose l'opération pour demain matin.

4 juin 1909. PROSTATECTOMIE (D^r Rafin). — Ligature des déférents. Incision de la taille et ouverture de la vessie. L'index droit, introduit dans la vessie, ne parvient qu'avec beaucoup de peine et en s'aidant de l'index gauche, introduit dans le rectum,

à perforer la muqueuse et à énucléer ensuite la glande de sa coque ; le plan de clivage ne se présentant pas tout d'abord, on parvient cependant à l'extraire en 2 fragments. On place le tube de Freyer assez difficilement. La vessie saigne assez abondamment. On fait un lavage très chaud, puis le pansement. Les 2 lobes enlevés sont recouverts en dedans par la muqueuse urétrale.

Le *veru montanum* et l'orifice des canaux éjaculateurs ne sont pas vus sur la pièce.

5 juin. — Malade va très bien. La sonde ne s'est pas bouchée une seule fois. Il ne souffre pas.

17 juin. — Urine par l'urètre pour la première fois cette nuit.

18 juin. — Pour la 1^{re} fois, aucune urine n'a passé par la plaie qui cependant est largement ouverte. Etat général excellent. Une seule miction la nuit dernière. Aucune incontinence, même en faisant des efforts. Urine très trouble, odeur un peu fade.

24 juin. — L'urine s'est déjà améliorée, pas d'incontinence, même en toussant. 1 à 2 mictions la nuit.

15 juillet. — Etat général excellent. Capacité 330 gr. Résidu : 15 gr. Urine légèrement trouble.

19 août. — Etat général parfait. Miction 1 fois la nuit vers le matin. Urine assez trouble sans odeur, acide. Cathétérisme, avec une Nélaton 18, très aisé. Résidu : 35 gr. Capacité 360 gr.

28 août. — Miction une fois la nuit. Urine assez trouble, très légère odeur, sans albumine.

Génitalité. — Une fois par semaine, déjà 3 fois depuis sa sortie de l'hôpital. Sensation moindre. Emission de liquide spermatique moins abondante.

Au toucher rectal, on sent, de chaque côté, comme 2 petits lobes prostatiques.

2 décembre 1909. — Etat général très bon. Urine encore assez trouble, acide, un peu d'odeur.

Urètre. — Un explorateur à boule n° 17 passe en donnant 2 sensations de frottement : l'une, au commencement de la portion membraneuse, l'autre, au début de la vessie. Une Nélaton 15 passe librement. Résidu : 10 gr. un peu trouble, un peu mal

odorant. Capacité 320 gr. Miction : 1 la nuit, 5 à 6 le jour. Pas d'incontinence. Jet puissant. La prostate donne les mêmes sensations, la petite saillie est un peu plus marquée à droite qu'à gauche. Après lavage de la vessie, le massage de la prostate trouble légèrement le milieu vésical.

8 décembre 1910. — Visite ultérieure du malade :

Etat général. — Excellent, perd quelques gouttes avant la miction.

Miction. — 1 fois la nuit.

Urine. — Modérément trouble. Résidu : 5 gr. Capacité 500 gr.

Génitalité. — A des rapports actuellement tous les 15 jours ou 3 semaines. La sensation, incomplète au début, est redevenue absolument normale.

Prostate. — Rien d'anormal.

23 décembre 1911. — Revient parce qu'il urine 6 f. la nuit, et toutes les heures le jour. Cuisson après la miction. Picotements continuels, surtout la nuit, dans le bas ventre. Appétit et état général bons.

Urine. — Purulente et mal odorante. Résidu 0. Capacité vésicale : paraît diminuer.

Calot. — Globules de pus nombreux. Rares hématies.

Prostate. — On sent comme une petite prostate un peu molle avec ses 2 lobes et le sillon médian, sans bosselure.

4 janvier 1912. — Urine trouble, odeur un peu ammoniacale, résidu presque nul. Le malade viendra pour subir des lavages.

9 janvier. — A l'examen cystoscopique, on trouve une large plaque gris noirâtre. On introduit un explorateur. Un lavage ne ramène rien.

18 janvier. — On le fait entrer parce qu'il dit avoir de la fièvre.

22 janvier. — Urine claire, se décante bien au repos en laissant un dépôt modéré et peu épais, un peu malodorante. Albumine en quantité modérée.

2 février. — Même état général. Fièvre. Anorexie. Affaiblissement. Il prétend qu'il a de la fièvre et de la douleur dans le côté droit depuis l'examen cystoscopique. Le rein droit est nette-

ment augmenté de volume et un peu douloureux à la palpation. Rein gauche 0.

25 février. — Exeat. Température 38°. Rein droit à peine perçu, non douloureux.

5 mars 1912. — Etat général amélioré. Rein droit vaguement perçu. Il n'en souffre plus. Urine : odeur de sphacèle. Miction fréquente.

26 mars. — Le malade revient parce qu'il souffre violemment. Urine sanglante et fétide. Toujours odeur de sphacèle. Mictions toutes les 10 minutes. Au toucher, induration étendue qui n'est nullement comparable à ce qui a été trouvé le 25 août 1909. Donc néoplasme probable. Rein non perçu.

2 avril : TAILLE HYPOGASTRIQUE. — Anesthésie à l'éther. Taille et curetage de la vessie et surtout du bas-fond où il existe des fragments néoplasiques qui avaient une odeur très forte. Au niveau de la surface vésicale de la prostate, il existe une surface bourgeonnante que le Dr Rafin gratte avec l'ongle. Les bourgeons sont peu profonds et, au-dessous la surface paraît dure. Un gros drain est placé dans la vessie et fixé à la plaie par un fil métallique.

4 avril. — Depuis l'opération, le malade ne souffre plus de la vessie et les nuits sont bonnes. L'état général s'est amélioré.

19 avril. — Il souffre des reins. Une piqûre de morphine tous les soirs.

20 avril. — Sonde de Pezzer fixée avec chevillère. Orifice encore large.

28 avril 1912. — Chez lui, le malade a pris une hématurie importante. Vu par le Dr Giuliani qui a réouvert la plaie vésicale.

17 mai 1912. — Mort il y a 2 jours.

OBSERVATION X

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention incomplète sans distension. Urine limpide. Prostatectomie hypogastrique. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Fistule fermée le 30^e jour. Résidu 0. Aurait eu, après son départ, un peu de phlébite et une double orchite. Difficulté de cathétérisme.*

C. J., 65 ans, habitant à Gevingey (Jura), entre à l'hôpital le 22 juin 1909, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux . — Bonne santé habituelle.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Avant septembre 1908, 0 ou 1 miction la nuit. En septembre, hernie. Difficulté pour uriner qui augmente de plus en plus.

Etat actuel. — *Mictions* : La nuit, toutes les 2 h. Le jour, moins. Marche fait du bien. Brûlure à la miction.

Urine. — limpide. Ni S. ni A.

Vessie. — Capacité 350. Résidu : 160.

Prostate. — Assez grosse. Saillante. Sillon médian assez net. Pas suspecte.

Etat général. — Appétit bien conservé.

26 juin. — PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Anesthésie au mélange de Bilioth très pénible. Une alerte. Malade ne respire plus. Obligé de suspendre l'opération 2 à 3 minutes, le champ opératoire étant recouvert d'une serviette stérilisée. Ligature des déférents. Incision sus-pubienne de 6 cm. de long sur la ligne médiane. Vessie, que l'on avait remplie auparavant, avec du nitrate, est vidée. Petite incision au bistouri sur la paroi antérieure de la vessie. L'index droit, introduit par cette ouverture, décortique très facilement la prostate, tandis que l'index gauche est introduit dans le rectum. Prostate retirée en une seule fois; pèse 50 gr. Irrigation chaude. Tube Freyer. Suture métallique en haut et en bas de l'incision cutanée. Hémorragie insignifiante. Prostate bosselée à la surface et à la coupe, ce qui diffère avec le toucher qui ne montrait pas de bosselure.

28 juin. — On enlève tube Freyer et mèches.

8 juillet. — Etat général et local excellent. Mais lavages se font un peu moins correctement, et il semble que vessie se laisse distendre par l'urine.

9 juillet. — Commence à uriner un peu par le canal.

14 juillet. — Il passe toujours un peu d'urine par la plaie, bien moins que par l'urètre. Etat général excellent.

19 juillet. — Perd encore un peu d'urine par la plaie.

24 juillet. — Encore un peu d'urine par la plaie, au moment de la miction. Sonde à demeure.

26 juillet. — Pas de résidu. On enlève la sonde.

29 juillet. — Depuis ablation sonde, ne passe plus d'urine par plaie presque complètement fermée. 3 mictions la nuit. Urine peu trouble, sans odeur. Résidu après la miction : 0. Capacité : 300 gr. Prostate : On sent, au niveau prostate, une petite saillie, comme une toute petite prostate. Mictions : De 6 h. soir à 6 h. matin, 700 gr. en 5 mictions. De 6 h. matin à 5 h. soir, 500 gr. en 5 mictions.

2 décembre 1909. — Explorateur à boule 18 franchit un petit obstacle dans la partie antérieure de l'urètre membraneux, puis ensuite arrêté dans la traversée prostatique. Etat général bon. Malade raconte avoir souffert dans mollets, après être rentré chez lui. Il y a eu probablement un peu de phlébite, attendu qu'il a varices assez marquées, surtout à gauche. Puis il aurait eu 2 orchites dans le 2^e mois après l'opération. Actuellement, on trouve les 2 épидидymes un peu augmentés de volume et indurés. Urine : Limpide. A. 0. Mictions : 1 à 2 la nuit. Urètre : Une Nélaton 18 ne pénètre pas. Une béquille 16 non plus. Un Béniqué n° 40 est également arrêté à l'entrée de la vessie. Toucher : La région prostatique est plate et molle.

Génitalité. — Pas de rapports depuis 3 ans, bien qu'il ait encore sa femme.

12 mai 1911. — Etat général excellent. Mictions : 2 la nuit. Le jour, 3 ou 4. Urine limpide. Pas d'A. Toucher : On sent comme une petite prostate, le lobe gauche étant un peu plus gros.

OBSERVATION XI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète avec distension. Urine infectée. Evacuation progressive. Difficultés de cathétérisme. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie au Billoth. Ligature des déférents. Lavage par l'urètre. Résidu : 125 à 150 gr.*

B. A., 75 ans, concierge, habitant à Lyon, entre le 17 Juin 1909, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — fièvre typhoïde à 22 ans; très bonne santé habituelle; 6 enfants bien portants, 2 morts en bas âge.

Antécédents spéciaux. — 1^{re} blennorragie à 35 ans; 2^e, il y a 18 mois, traitée par les injections. N'a jamais été sondé.

Affection actuelle. — Depuis 15 mois, 4 mictions la nuit; 4 à 5 le jour; depuis un an, 6 f. en moyenne la nuit; tous les 3/4 d'h. le jour; depuis 4 à 5 mois, perd ses urines la nuit. Quelquefois, lenteur au début de la miction; miction longue. Légère cuisson, à la fin, au bout de la verge.

Etat actuel. — Mictions : la nuit, 6 f. avec incontinence; le jour, tous les 3/4 d'h. — Douleur légère à la fin.

Urine : Infectée, modérément trouble.

Urètre : Explorateur à boule 19 passe facilement; gouttes de sang à la fin.

Vessie : remonte à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Prostate : Volumineuse, dont on n'atteint pas le bord supérieur; pas de sillon médian; lobe gauche lisse, sans bosselure et de consistance normale; lobe droit notablement plus volumineux; lisse, sans bosselure, mais consistance très dure.

Etat général. — Bon; appétit conservé, langue normale, cœur normal. — Au poumon, respiration généralement emphysémateuse, avec quelques sibilances disséminées.

19 juin. — 2 lavages.

20 juin. — 4 lavages. Vessie vide quand on en a retiré 480 gr. de liquide. On avait laissé hier soir 100 gr. dans la vessie.

24 juin. — Rétention complète ; urine limpide depuis 3 jours après le traitement ; un peu d'A. ; quelque difficulté de cathétérisme. Capacité vésicale : 530 gr. Un peu de sang hier.

26 juin 1909. — L'intervention a été décidée brusquement après quelques jours de cathétérisme, en raison d'un peu d'urétrite et de difficulté à sonder le malade. Au moment de l'opération, l'urine est un peu purulente, mais l'appétit est bon et l'état général bien conservé.

PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE. (Dr Rafin). — Anesthésie au Biloith sans incident. Ligature des déférents. Vessie remplie d'une solution de nitrate à 1 %. Incision sus-pubienne médiane de 10 cm. de long. On pince la vessie et, après l'avoir vidée, on y fait une petite incision. Index droit, introduit dans la vessie, décortique sans trop de difficulté la prostate, tandis que l'index gauche est introduit dans le rectum. Irrigation à l'eau chaude après qu'on a enlevé la prostate en 2 lobes. Tube de Freyer. Hémmorragie insignifiante. Prostate pèse 15 gr.

A la coupe, elle est homogène, sans lobulations bien marquées, n'évoquant pas l'idée d'un néoplasme, mais elle laisse échapper pas mal de liquide lactescent.

28 juin. — On enlève Freyer et mèches.

2 juillet. — En raison de l'urétrite qui suinte un peu, on s'est contenté de lavages, simplement nitrates, par la plaie, avec une sonde. Aujourd'hui, le 1^{er} lavage par l'urètre se fait sans difficulté. Légère élévation de T.

6 juillet. — T. a baissé progressivement, est normale. Etat général bon. Aujourd'hui, après lavage, un peu de sang a coulé par l'urètre, et T. a atteint 38°5. La plaie est largement ouverte et l'on ne peut mettre l'appareil d'Irving.

14 juillet. — Bon état de la plaie, mais toute l'urine y passe.

17 juillet. — Depuis hier, un peu d'urine passe par l'urètre.

24 juillet. — Etat satisfaisant, mais il passe encore un peu d'urine par la plaie, on met une sonde à demeure.

26 juillet. — Résidu : 30 gr.

29 juillet. — On a enlevé sonde à demeure hier. Depuis, il ne passe plus d'urine par la plaie.

30 juillet. — De l'urine sort par la plaie. On remet la sonde et on la laisse 2 jours.

19 août. — 2 ou 3 mictions le jour, 4 ou 5 la nuit. Bon appétit. Pas d'incontinence urétrale. Résidu : 125 gr., ce qui est en contradiction avec ce fait que, sondé 2 fois pour mettre la sonde à demeure, il n'y avait que 30 gr. Du reste, mentalité très restreinte. Il n'a probablement pas uriné à fond. *Prostate* plate. On sent, de chaque côté, un petit cordon sans importance. Urine modérément trouble, sans odeur.

22 décembre. — Eventration importante. Résidu : 150 gr. Il avait uriné immédiatement avant 100 cc. en 1 fois, puis, sur les instances du Dr, 50 gr., puis 40. *Capacité*. : 220. *Urine* assez trouble. A. en très petite quantité. *Culot* : quelques globules de pus, nombreux microbes. *Prostate* : On sent comme une petite ébauche de prostate. Appétit bon. *Mictions* : 3 à 4 la nuit ; autant le jour, facilement. Une Nélaton 16 passe aisément. *Génitalité* : Pas de rapports depuis l'opération.

OBSERVATION XII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète sans distension. Urine trouble clarifiée par le traitement. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale au Bilioth. Ligature des déférents. Lavages par l'urètre. Hémorragie secondaire au 12^e jour. Fermeture de la fistule le 28^e jour. Résidu 18 gr.*

M. G., 68 ans, habitant à Cottance (Loire), entre à l'hôpital le 28 mai 1909, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle ; rhumatismes tous les ans depuis 1870. S'alite de 3 semaines à 3 mois. Deux enfants dont un mort en bas âge.

Antécédents spéciaux. — Une blennorragie à 22 ans ; courte, pas de cystite ni d'orchite. Pas de goutte.

Début de la maladie. — Il y a 22 ans, se met 4 topiques ; après, prend de la cystite cantharidienne. Depuis lors, difficulté pour

uriner, brûlure dans le canal. Sondé il y a 3 semaines par le Dr Duchamp, de St-Etienne, qu'il était allé voir pour savoir à quoi s'en tenir, non parce qu'il souffrait. Depuis lors, souffre beaucoup après le sondage. Hématurie à la suite des sondages avec une sonde métallique. Le résidu probable a été de 300 gr. environ. Pas d'incontinence. Il y a 2 ans, rétention, violente douleur causée par le besoin d'uriner pendant 3 jours; pas de sondage.

Etat actuel. — *Mictions* : 10 à 15 la nuit depuis 3 semaines. Le jour, encore plus. Avant le sondage, 3 à 4 seulement. La marche ni la voiture n'influent. Douleur vive.

Urine. — Trouble, sans odeur, un peu d'A., pas de S.

Urètre. — Une Nélaton 18 passe bien.

Vessie. — Résidu 260 gr. Capacité 375.

Prostate. — Assez hypertrophiée, molle, sans bosselures, sans dégénérescence.

Reins. — Droit 0; gauche 0. Un peu de douleur spontanée.

Testicules. — 0.

Etat général. — Langue sèche, appétit perdu; robuste, il était déjà altéré avant le cathétérisme.

2 juin. — Sondé 3 f. par jour. Résidu : de 150 à 300 gr. Mictions : 4 à 5 par jour pour faire 1.100 gr. Donc, environ 2 litres par jour. Etat général amélioré; urine limpide, peu ou pas d'A.

5 juin. — Depuis 2 jours, 4 sondages par jour; résidu : 250 à 280 gr., 2 mictions la nuit; urine spontanée : le jour, 230 à 400 gr., limpide, pas d'A.

12 juin. — 4 cathétérismes par jour, depuis 8 j. Résidu : 175 gr., 225 et 300 gr. Urine spontanée un peu plus abondante, surtout aujourd'hui (froid). Urine limpide. Traces infimes d'A.

26 juin. — Etat stationnaire. Urine limpide, sans A.

30 juin : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Anesthésie au Bilroth. Ligature des déférents, etc. Prostate décortiquée facilement, pèse 12 gr. Hémorragie insignifiante.

2 juillet. On enlève tube Freyer. Malade va bien.

3 juillet. — Pour 1^{re} fois, lavage par l'urètre.

12 juillet. — Ce matin, un peu de sang par le canal. Malade

ne souffrant pas; n'ayant pas de fièvre, n'ayant aucune envie d'uriner, on attend. Soir : Toujours du sang, un peu plus abondant par la plaie et par l'urètre; envies d'uriner. On dilate plaie avec le doigt qui pénètre dans la vessie et est modérément serré par plaie vésicale. Grand lavage par l'urètre; malade, après violent besoin d'uriner, expulse par la plaie un gros caillot. Drain placé dans vessie.

14 juillet. — Plus eu de sang. Elévation de T. lendemain de l'incident, et tout rentre dans l'ordre. Drain, sorti peu à peu de lui-même, n'est plus, ce matin, dans la vessie. Plaie vésicale en bon état. Lavage nitraté, continué matin et soir, depuis l'opération. Testicule droit sensible, mais pas de tuméfaction.

19 juillet. — Toute l'urine a passé par le canal depuis hier soir; 4 mictions cette nuit.

24 juillet. — Passe un peu d'urine par la plaie au moment de la miction. Sonde à demeure. Résidu : 50 gr., 3/4 d'h. après miction, modérément purulent.

29 juillet. — Sonde à demeure enlevée le 27 (28^e jour) et, depuis lors, plus d'urine par la plaie. Part aujourd'hui.

2 décembre. — Etat général parfait. *Mictions* : La nuit, 2 à 3; le jour, 5 à 8. Capacité vésicale : 150 gr. Urine un peu dépolie. Un peu d'A. Cicatrice un peu faible à la partie inférieure. Résidu : 18 gr. Pas d'incontinence, même en toussant.

Génitalité. — Avant l'opération, rapports tous les 8 à 15 jours. Depuis, 2 rapports sexuels seulement. Erection bonne. Sensation presque aussi forte qu'avant. Mêmes contractions que s'il sortait du sperme, mais il ne sort rien.

Toucher. — On sent comme une prostate de dimension un peu au-dessous de la normale.

15 mars 1910. — Etat général bon. Se plaint d'inappétence pour la viande. Fadeur à la bouche. Un peu de rhumatisme au genou gauche. Il en a eu beaucoup au droit qui est déformé. *Mictions* : la nuit, 2; le jour, 5. Urine : 1^{re} fois, dépolie, jaune ambrée; 2^e fois, moins dépolie; traces d'A.; jet fort et large.

Génitalité. — Complète, s'effectuant normalement. Se trouve plus vigoureux qu'avant, et les rapports seraient plus fréquents.

7 décembre 1910. — Etat général excellent. Urine ne laisse plus rien à désirer, traces infimes d'A. Jet large, miction rapide; 2 la nuit.

Prostate. — On sent comme une prostate de consistance peu ferme, peu saillante, lisse à droite, avec un petit sillon à gauche, sans bosselure.

Génitalité. — Rapports presque aussi fréquents, sensation presque égale. Peu de liquide.

18 avril 1913. — Malade écrit : état général excellent, mictions 5 à 6 le j.; 2 à 3 la n., pour 1500 gr. d'urine en 24 h., urines très claires. Génitalité : Rapports tous les 15 j. sans émission de sperme, plaisir très conservé.

OBSERVATION XIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention incomplète avec distension.*

Urine trouble. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale.

Depuis novembre 1908, rétention augmentant progressivement.

Résidu : environ 600 gr., donc légère distension. Prostatectomie hypogastrique. Fistule guérie en 14 jours. Résidu 0.

Bl. T. J.-B., cultivateur, 67 ans, habitant à Aillon-le-Vieux (Savoie), entre à l'hôpital, le 4 mai 1909, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Jamais de maladie antérieure, pas d'éthylisme; femme bien portante; 7 enfants bien portants.

Antécédents spéciaux. — Sondé 1 f. il y a 15 jours.

Affection actuelle. — En 1907, en juin, 5 ou 6 mictions la nuit. Au bout d'un mois, malade consulta un médecin et fut guéri, en 15 jours, par les médicaments prescrits, ne se leva plus la nuit. Depuis novembre 1908, malade a 2 ou 3 mictions la nuit. La fréquence est allée depuis lors en augmentant et il se lève actuellement 5 ou 6 f. la nuit; dysurie, et un peu de douleur à l'hypogastre. Jamais d'hématurie. Jamais de rétention aiguë. Jamais de

troubles digestifs. Un peu de dyspnée par la marche depuis 2 mois. Pas d'incontinence.

Etat actuel. — *Mictions* : 5 à 6 la nuit, 4 à 6, le jour. Quelques efforts avant la miction.

Urine. — *Culot* : quelques globules blancs très peu nombreux.

Vessie. — Remonte à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Prostate. — Peu augmentée de volume, pas de bosselure, de consistance normalement dure. Limite supérieure mal perçue, la vessie étant pleine. On sent la vésicule séminale droite sous forme d'un cordon un peu gros.

26 juillet 1909. — Prostate très modérément hypertrophiée; on ne sent pas de bosselure, mais lobe droit est manifestement plus gros que le gauche, le sillon médian n'est pas très bien conservé; l'augmentation de volume à droite rapprochée de la vésicule séminale fait penser à un néoplasme. Pas de douleur dans les cuisses. Saillie très nette. *Testicules* : Un peu de liquide dans la vaginale droite. Etat général bon.

6 mai. — Malade soumis au cathétérisme régulier; il a été sondé 3 f. hier, et aujourd'hui avec 350 gr. de résidu, la vessie a été vide.

10 mai. — 4 cathétérismes par jour; résidu variant de 300 à 480 gr. Il a toujours uriné un peu. La nuit : pas de cathétérisme. 2 mictions spontanées.

21 mai. — Malade toujours sondé 4 f. par jour. Résidu diminuée. Il n'urine absolument pas. *Urine* limpide, ni S. ni A.

25 mai. — Urine très trouble le 23, et depuis lors, état général défectueux; sonde à demeure.

28 mai. — Suppression sonde à demeure. T. abaissée.

3 juin. — Urines un peu améliorées. 4 sondages par jour. Résidu : de 150 à 460 gr. Urine un peu tout seul. Appétit légèrement revenu.

18 juin. — Résidus s'abaissent à 175, 100 et 75 gr. Pas de sondage la nuit, 2 par jour.

18 juillet. — Résidus se sont abaissés jusqu'à 60 gr. pendant 2 jours, puis ils ont augmenté jusqu'à 150 et 180 gr. Impatient, le malade sort.

24 juillet. — Pendant ces 8 j. d'absence, il est venu se faire sonder 4 fois. 300 gr. de résidu à chaque cathétérisme. Jours où il n'était pas sondé, urinait de 5 à 7 f. la nuit.

26 juillet. — A été sondé 2 f. par jour : 180 gr. de résidu le soir, 250 le matin. 4 mictions la nuit; le jour, 4 à 5. Appétit très bon. Urine un peu trouble, sans odeur.

27 juillet. PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Anesthésie générale. Section et Ligature des déférents. Incision médiane. Vessie garnie préalablement au nitrate à 0.50 %, est incisée. Enucléation de la prostate faite rapidement. Hémorragie insignifiante. Tube de Freyer. Grand lavage nitraté. 3 points métalliques. Pansement. Prostate pèse 25 gr.; lobe médian volumineux.

Le soir, hémorragie assez abondante.

28 juillet. — Pas de nouvelle hémorragie. On voit d'énormes caillots sanguins qui bouchent complètement le tube. Malade avait besoin d'uriner. Un grand lavage fait sortir de la vessie quelques caillots. T. 39°5. Bonne langue.

29 juillet. — T. encore élevée, mais bon état général. Grand lavage et ablation du tube.

30 juillet. — Abaissement de la T. Lavage par l'urètre, très facile, avec eau faiblement nitrée. Il sort peu de débris.

8 août. — Dans la nuit, malade a uriné 3 f. par l'urètre.

10 août. — Hier, urine n'a passé par plaie que lorsque malade avait besoin d'uriner; au lavage du soir, le liquide ne passait que difficilement par la plaie. Cette nuit, 6 mictions urétrales. Ce matin, ablation de l'appareil d'Irving. Il ne suinte un peu d'urine que lorsque le malade tousse.

12 août. — Depuis avant-hier (14^e j. après l'opération), plus d'urine par la plaie.

14 août. — Urine fortement trouble, sans odeur.

15 août. — Exeat.

2 septembre 1909. — Etat général excellent. Urine un peu louche, légère odeur de bouillon. Cathétérisme avec Nélaton 16 très aisé. Résidu 0. Capacité vésicale 320 gr. Urine 3/4 de l. en 4 f. la nuit, et le jour 0 l. 95 en 5 f. Au toucher rectal, loge prosta-

tique est dure, et on sent comme une petite prostate plate avec un sillon très large.

5 décembre 1909. — Malade écrit se lever, maintenant, une seule fois la nuit pour uriner, sans aucune douleur. Il urine plusieurs fois dans la journée avec quelques petits picotements. Ses rapports sexuels s'accomplissent, comme avant l'opération, tous les 15 jours. Bonne cicatrice. Bon appétit. Un peu de dyspnée.

5 novembre 1910. — Malade écrit qu'il est tout à fait bien, urine sans douleur, une seule miction la nuit.

16 janvier 1913. — Malade revient se montrer. Etat général excellent. Très bon appétit, digère bien. Pendant un an après l'opération, obligé de se lever une fois la nuit pour uriner. Maintenant n'urine plus du tout la nuit, et urine 4 fois par jour pour un l., 1/2, sans aucune douleur. Urine très claire. Ni S. ni A.

Au toucher, on sent comme une prostate normale, soit au point de vue de la forme, soit à celui de la consistance; aucun signe de dégénérescence. Au point de vue génital, le malade avoue n'avoir plus jamais de désirs. N'a pas eu un seul rapport sexuel depuis son opération.

OBSERVATION XIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention incomplète, sans distension. Urine infectée. Orchite double. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Fistule fermée le 14^e jour. Résidu : 5 gr.*

D. A., 71 ans, cultivateur, habitant 111, rue Consola, à Marseille, entre à l'hôpital le 25 mai 1909, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Rhumatisme articulaire à 45 ans. Femme morte d'un cancer à l'estomac. Jamais d'enfant. A 62 ans, ictus suivi de paralysie.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Affection actuelle. — Depuis 8 ans, 2 ou 3 mictions la nuit ; depuis le même temps, mictions toutes les 2 ou 3 h. le jour, avec dysurie et légère cuisson parfois au début de la miction. Depuis 3 mois, mictions un peu plus fréquentes. Il y a 3 semaines, 5 à 6 mictions la nuit, 7 à 8 le jour. Depuis, mictions de plus en plus fréquentes, toutes les 10 minutes. Depuis 4 à 5 jours, perte de l'appétit. Constipation. Aurait maigri d'une dizaine de kilos.

Mictions. — Toutes les 10 minutes. Un peu moins le jour. Pas de douleur. Urine limpide. Ni A. ni S.

Vessie. — Résidu, 600 gr. Aucune douleur à l'évacuation.

Prostate. — Uniformément dure et plate, sans bosselures.

Testicules. — Orchite gauche le 3 juin 1909.

Etat général. — Assez bon, mais diminution de l'appétit depuis 3 mois, et surtout depuis 15 jours.

28 mai. — Malade sondé 3 f. depuis son entrée. Ce soir, grande difficulté à faire pénétrer la sonde ; il vient un peu de sang. Sonde n° 16 à demeure ; hématurie toute la journée.

29 mai. — Sonde à demeure ; pas d'hématurie ; urine trouble, température élevée.

1^{er} juin. — Sonde à demeure ces derniers jours. T. diminue.

5 juin. — Depuis 2 jours, orchite gauche. Sonde à demeure la nuit, et 3 lavages le jour.

18 juin. — Etat bien amélioré, plus de fièvre depuis 8 à 10 j. ; 2 sondages le jour, sonde à demeure la nuit.

28 juin. — A eu une double orchite. Part sans prévenir le Dr Rafin. Vide bien sa vessie.

2^e Séjour. — 31 juillet 1909. — Pendant 10 jours, il reste chez lui, allant bien, urinant 3 à 4 f. la nuit. Puis est sondé 3 à 4 j. par le Dr Pagès. Ensuite, se fait sonder à l'hôpital de Valence. Depuis 5 jours, se fait de nouveau sonder par le Dr Pagès, 3 f. par jour, et sonde à demeure la nuit. Résidu 300 gr. Urine très purulente. L'appétit est resté bon.

A son entrée, résidu 430 gr., assez purulent, sans odeur. *Etat général*, bon. *Prostate*, très modérément hypertrophiée, ferme,

sans bosselures. Sillon médian assez net, n'évoquant pas l'idée d'un néoplasme. Petite bosselure sur le bord supérieur du lobe droit. *Urine*; assez grande quantité d'A. *Testicules* : à droite, légèrement épaissis; à gauche, épидидyme plus gros.

3 août 1909. — PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Incision médiane, pincement de la vessie que l'on ouvre. Prostate venue tout d'une pièce avec la commissure antérieure et tout l'orifice du col, où il y a de petites languettes de muqueuse. Le canal a été coupé avec l'ongle dans le trajet prostatique lui-même. Hémorragie peu abondante. Tube Freyer. Lavage nitraté. 3 points de suture; pansement au salol. Prostate pèse 30 gr. Avant l'opération, ligature des déférents.

4 août. — Pas de grosse hémorragie, mais a saigné avec assez d'abondance jusqu'à 3 h. après midi.

14 août. — Une partie de l'urine passe par le canal. On enlève l'appareil d'Irving qui avait été mis précédemment.

16 août 1909. — Plus d'urine par la plaie. Donc, au 14^e jour, la plaie s'est fermée. Pas eu d'orchite après l'opération. Pas d'incontinence par le canal. *Mictions*, 2 la nuit et 3 le jour. Une Nélaton passe facilement. Résidu, 5 gr. Capacité, 360. Cathétérisme facile avec une Nélaton 17. Urine encore trouble, sans odeur. Au toucher de la prostate, on sent au milieu un point mou, et, de chaque côté, des lobes de dureté inégale.

9 août 1910. — Malade écrit, de Marseille, qu'il va très bien.

1^{er} octobre 1910. — Malade écrit qu'il va très bien, mais est très constipé et a, par suite, de violents maux de tête et des étourdissements. *Mictions* : 3 à 4 le jour et autant la nuit.

5 décembre 1910. — Le Dr Piollenc a vu le malade à Marseille. Etat général aussi satisfaisant que possible, à part la constipation. Langue un peu sèche. 3 ou 4 mictions le jour, autant la nuit. Urine un peu louche. Ni S. ni A.

11 décembre 1912. — Le Dr Maurice Piollenc, de Marseille, qui a vu le malade à son cabinet, écrit que l'état général est excellent. Langue humide. *Mictions* : 4 à 5 le jour; 3 à 4 la nuit. Les urines sont claires, sans S. ni A. Il ne peut fournir aucun renseignement sur son résidu vésical, ayant jugé inutile de le

sonder, vu son état. Il urine avec la plus grande facilité et se déclare en tout point satisfait de l'opération.

OBSERVATION XV.

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention incomplète sans distension datant de 3 ans. Urine limpide. Prostatectomie. Anesthésie générale. Lavage par l'urètre. Fistule fermée le 36^e jour. Résidu nul.*

P. A., 70 ans, cultivateur, habitant à Barra, par Ste-Catherine, canton de Mornant, entre à l'hôpital le 19 octobre 1909, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle. Marié. Femme bien portante. 3 enfants.

Antécédents spéciaux. — Sondé pour la 1^{re} fois, et une seule fois, il y a 3 ans, par un Dr de Rive-de-Gier.

Affection actuelle. — Depuis longtemps, obligé de se lever plusieurs fois la nuit pour uriner lorsque, il y a 3 ans, après un marché à Rive-de-Gier, fut surpris de ne pouvoir uriner. Un médecin le sonda et lui conseilla d'acheter une sonde dont il ne se servit qu'à de rares intervalles. Depuis 15 jours, rétention devenue complète et il est obligé de se sonder 2 f. par nuit et 3 ou 4 fois le jour. Jour de la rétention, ponction hypogastrique par le Dr Daclin, de Rive-de-Gier. Va à l'hôpital de St-Etienne (service du Dr Vianney) où il reste 15 jours. 3 cathétérismes par jour.

Etat actuel. — Urine trouble, purulente.

Urètre. — Boule 17 passe très librement.

Vessie. — Résidu 290 gr.

Prostate. — Considérablement hypertrophiée, de consistance ferme, sans bosselures. Lobes égaux. Pas de prolongement dans les cornes. Sillon assez net. En somme, prostate pas dégénérée.

28 octobre : sur la paroi du rectum, on sent comme une petite vérule.

Testicules. — 0. Un peu d'induration des 2 épидидymes.

Etat général. — Rien à signaler. Légère scoliose dorsale en arrière, et grosse déformation thoracique en arrière.

Traitement. — Malade sondé 4 f. le jour. Résidu : 280 à 340 gr. Le soir, sondé à demeure de 1 à 8 h. matin.

25 octobre. — Difficulté de cathétérisme, saigne un peu. Sonde à demeure. Urine redevient limpide.

28 octobre. — Sonde à demeure enlevée, 38°1 hier soir. Un peu d'urétrite. Ni S. ni A. Urine limpide. Etat général bon; bon appétit.

30 octobre : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). Par le doigt introduit dans l'ouverture vésicale, on se rend compte qu'on a affaire à une grosse prostate dure. Prostate se décolle bien, mais en raison de ses dimensions, on a grand'peine à poursuivre le décollement en arrière jusqu'au bec. C'est pour cela que l'on morcelle en introduisant le doigt dans l'urètre qui est très large. Prostate extraite lobe par lobe, en 4 morceaux dont poids total atteint 195 gr. Tube Freyer.

2 novembre. — Premiers lavages ont été faits. Malade va bien. Tube Freyer enlevé après 48 h. Hémorragie post-opératoire ayant été assez abondante, le malade est un peu faible, mais sans être dans un état alarmant.

3 novembre. — Après 3 j., lavage par l'urètre. Etat bon. Langue un peu sèche.

5 novembre. — Plaie se fermant trop tôt, drain placé pendant 3 jours.

11 novembre. — Très bon état de la plaie. Etat du malade excellent. Lavages réguliers et faciles. Au début seulement, le lavage provoque léger saignement.

16 novembre. — Commence à uriner par le canal.

5 décembre. — Par la plaie sus-pubienne, s'écoule parfois encore un peu d'urine.

8 décembre 1909. — Depuis 3 jours, fistule complètement fermée. Résidu nul. Exeat.

5 décembre 1910. — Ecrit au Dr Rafin qu'il va parfaitement bien depuis son opération.

OBSERVATION XVI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention incomplète avec distension. Pollyurie légère. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Rachistovaïnisation. Fistule fermée le 32^e jour. Résidu persistant.*

B. A., 58 ans, cultivateur à Saint-Sorlin, près Morestel (Isère). entre à l'hôpital le 8 janvier 1910, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Père mort de pleurésie. Marié, trois enfants. Bonne santé habituelle.

Antécédents spéciaux. — Une blennorrhagie à 22 ans. Sondé pour la 1^{re} fois, il y a 2 ans par le Dr Mileff.

Affection actuelle. — Début il y a 10 ans. Mictions fréquentes et douloureuses. Il y a 2 ans, 5 à 6 mictions la nuit. Il y a 18 mois, commence à uriner difficilement. Il voit alors le Dr Mileff qui le sonde, et retire l'urine en totalité (3 litres au moins). Ce sondage est suivi d'une légère hématurie. Le docteur conseille au malade de se sonder lui-même, mais après 2 sondages, une hématurie assez grave étant survenue, le malade a dû cesser. Peu à peu, mictions plus fréquentes, pollakiurie surtout nocturne. Il va voir, il y a 4 mois, le Dr Verrière qui vide sa vessie en 3 jours. Il est resté en traitement pendant 7 jours et a eu 14 lavages : une béquille n° 14 passe facilement. Depuis 3 mois, aucun traitement.

Etat actuel. — Mictions : 8 la nuit ; 10 à 12 dans la journée, Pas de douleur.

Urine. — Très légèrement ambrée et louche. Quantité avant le sondage : 1.200 gr. le jour et 1.350 la nuit. Un peu d'A.

Vessie. — Dépasse l'ombilic.

Prostate. — (Examinée la vessie encore pleine) : augmentée de volume, dure, fixe, sans bosselures. Sillon médian net. Pas de prolongement en cornes sur le bord supérieur.

3 février 1910. — La vessie étant vide, on trouve une prostate fortement hypertrophiée. Sillon médian net. Rien au lobe droit. Lobe gauche paraît moins saillant que le droit et présente une petite inégalité. Pas de présomption bien déterminée pour le néoplasme. Un peu d'hydrocèle droite et gauche.

Etat général. — Langue pas sèche, mais mauvais goût, perte d'appétit. Varices aux deux jambes.

Traitement. — 8 janvier, cathérisme de 800 gr. suivi d'un lavage substitutif.

9 janvier. — 2 cathétérismes; on enlève 600 gr. chaque fois. Lavage substitutif. Cathétérisme impossible avec une Nélaton. On le sonde avec une bécuille 14.

24 janvier. — Urine reste louche. Résidu : 350 à 400 gr. Appétit assez bon. 4 sondages par jour et la sonde à demeure la nuit depuis 6 jours.

10 février. — Le traitement a été continué. Sonde à demeure la nuit de 8 h. du soir à 3 h. du matin. Résidus varient de 200 à 400 gr. Urine abondante dépassant toujours 2 litres en 24 h. N'a jamais dépassé 2.600 gr. depuis son entrée. Urine toujours pâle, louche, avec une assez notable quantité d'A. Etat général bon. Reins non perçus. Pas de douleur dans les jambes.

12 février : *Intervention* (Dr Rafin). — Rachistovaïnisation parfaite. PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE : Incision de la taille sus-pubienne. Petite incision vésicale permettant juste le passage d'un doigt et qu'il est nécessaire d'agrandir pour enlever la prostate qui est difficilement décorticable et adhère surtout à la portion bulbaire de l'urètre. On l'extrait un peu morcelée en 3 fragments. Elle pèse 68 gr. Tube Freyer. Malade a peu saigné. Immédiatement après l'intervention, lavage chaud nitraté. A la coupe, la prostate apparaît sous forme de lobules bien nets.

13 février. — 1^{er} lavage. Malade toussolte un peu.

15 février. — Va très bien. On continue les lavages. La plaie a l'air de se fermer trop tôt. On y place un petit drain.

25 février. — Malade croit avoir uriné un peu par la verge depuis hier. On enlève le drain. Lavages continués régulièrement 2 f. par jour. Etat général très bon.

1^{er} mars 1910. — La plaie étant fermée, et le malade déclarant n'avoir pas uriné depuis plusieurs heures, on le sonde et on retire 500 gr. d'urine assez purulente. Deux mictions spontanées dans la journée. Sondé à 4 h. 1/2, on ne trouve que 60 gr. de résidu. De minuit à 8 h. du matin, 4 mictions : 1.900 gr. Urine purulente, il ne sort rien par la plaie. Le matin, 1 h. après miction, environ 285 gr.

2 mars. — Hier, dans la soirée, malade n'a pas uriné par la verge, mais par la fistule sus-pubienne. Sondé à 5 h. du soir, on ne trouve pas d'urine dans la vessie.

3 mars. — Urine très purulente, ammoniacale. Résidu : 550 gr. On laisse la sonde à demeure.

5 mars. — On enlève la sonde à demeure, le matin, à 5 h. A 11 h., on fait uriner le malade, puis on le cathétérise. On trouve un résidu de 300 gr.

Toucher : Prostate plate ; on y sent toutefois une petite masse. Boule 18 passe très librement en donnant, en un point, un léger ressaut.

9 mars. — On a mis sonde à demeure pendant 36 heures, et on l'enlève ce matin ; la fistule n'est pas fermée, il se produit un suintement assez abondant d'urine. Etat général excellent. Il veut absolument partir malgré nous. Quand le malade est sondé, l'urine s'améliore tout en restant trouble.

17 mars. — Malade écrit que la plaie est complètement fermée. Il va bien.

18 décembre. — Il ne s'est plus sondé depuis le mois d'avril. Il urine assez facilement.

Mars 1913. — Malade écrit qu'il va parfaitement bien.

OBSERVATION XVII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention chronique incomplète sans distension avec crises de dysurie. Urine limpide. Glycosurie légère et passagère. Opéré sans traitement préalable. Prostatec-*

*tomie sus-pubienne. Rachistovainisation. Ligature des déjérents
Lavage par l'urètre. Fistule fermée le 17^e jour. Résidu 0. Para-
lysié transitoire du moteur oculaire externe. Epididymite légère.
Incontinence des fèces à deux reprises.*

P. G., 62 ans, habitant à Marseille, examiné pour la 1^{er} fois,
le 16 octobre 1909.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle; rhumatisme
chronique. Son père est mort après l'opération de la pierre.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Il y a 3 ans, après grands voyages,
impossibilité d'uriner la nuit, de 11 h. soir jusqu'à 6 h. matin.
Pendant 2 ans, va bien, pas mictions la nuit, quelquefois 1 ou 2.
L'an dernier, sans cause, rétention de 2 h. matin jusqu'à 8 h.
où on le sonde une fois. Après cette crise, 3 à 4 mictions, puis
1 à 2 la nuit, sans trop de difficulté. Depuis, le 26 juin, rétention
nocturne. On le sonde à 5 h. et, depuis lors, 4 à 6 mictions très
difficiles et très douloureuses. Le jour, il urine plus facile-
ment, mais il a toujours un peu de spasme douloureux toutes
les 2 h. et même plus. Vers la fin de la nuit, 4 à 5 mictions
en 1 h.

Etat actuel. — *Mictions* : marche et voiture les arrêtent.

Urine. — Limpide, résidu un peu trouble. Pas d'A. Actuelle-
ment, 5 gr. S.

24 février. — Pas de S.

Urètre. — Nélaton 16 passe.

Vessie. — Résidu : 180 gr.

Prostate. — Modérément hypertrophiée; forme et consistance
normales, un peu dure. On sent, du côté droit, saillie comme une
petite noisette qui semble formée aux dépens de la muqueuse.

Testicules. — A droite, très légère induration de la tête de
l'épididyme. A gauche, induration un peu plus volumineuse avec
un peu de douleur.

18 octobre. — *Mictions* : résidu : 100 gr. Urine à peu près lim-
pide.

19 octobre. — Résidu : 100 gr. Urine limpide. *Mictions* : la nuit
dernière, à 2 h. 1/2 et à 4 h. S'est levé 2 à 3 f. de 4 à 6.

23 octobre. — Sur 4 nuits, 2 mictions pour chacune des 2 premières nuits, 3 pour chacune des autres. Plusieurs mictions de suite au lever. Résidu : 180 gr., mais il a dû attendre dans la salle d'attente. Urine limpide.

9 novembre. — 2 mictions la nuit pour 1[2]l., en se levant et en se couchant. Le jour, 8 mictions au moins pour 1 l. Résidu : un instant après la miction (tenir compte qu'il s'est retenu), 230 gr., un peu louche, pas d'A., peu ou pas de S. Il se dit plus soulagé après la miction.

16 décembre. — Résidu : 340 gr., il s'est retenu d'uriner cet après-midi. *Mictions* : 2 à 3, mais grande difficulté. La nuit dernière, une seule miction à 11 h. Résidu : 135 gr., à peu près limpide. Traces infimes d'A.

4 février 1910. — A été très bien ; 1 à 2 mictions la nuit, mais nuit dernière, toutes les heures. Une fois levé, s'est trouvé mieux. Résidu : 150 gr., à peu près limpide, pas de S.

10 février. — Mieux. Urine un peu trouble. Résidu : 280 à 300 gr., s'est un peu retenu. Pas de S.

15 février. — Epreuve de la difficulté. *Mictions* : 1 à 2 nuit dernière. Urine : résidu limpide, pas d'A., 200 gr.

22 février. — Depuis 3 j., rétention plus accentuée, mictions répétées. Douleur. Va mieux la nuit. Résidu : 500 gr., souffre vivement avant le sondage. Urine un peu louche.

26 février : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE. (Dr Rafin), RACHISTOVAÏNISATION. — Section et ligature des déférents. Prostate se décolle assez bien. La section a porté exactement au-devant du *veru montanum*. Prostate pèse 94 gr. Hypertrophie porte surtout sur le lobe moyen qui, à lui seul, est plus volumineux que les 2 lobes latéraux. Aspect lobulé.

27 février. — A souffert vivement. Tube Freyer remplacé par gros drain. 1^{er} lavage par le tube. Sort 2 à 3 gouttes de liquide par l'urètre.

28 février. — 1^{er} lavage par l'urètre. Aujourd'hui, T. a atteint son maximum.

1^{er} mars. — T. décroît. Langue restée bonne. Lavages faciles.

Encore poussées douloureuses à l'expulsion d'urine par plaie, mais moins vives.

5 mars. — Ablation du drain.

13 mars. — Miction se fait, mais incomplètement, par l'urètre (16^e jour).

14 mars. — Plus d'urine par la plaie (17^e jour).

19 mars. — Depuis 2 j., un peu de T. le soir : peut-être *un peu d'épididymite*.

24 mars. — Urine légèrement hématique, pas de S.

29 mars. — Résidu : 0. Capacité vésicale : 270 gr. Etat général bon. Se plaint de troubles oculaires : diplopie. Urine peu trouble. Mictions toutes les 3 h. nuit et jour. Boule 18 passe en donnant un ressaut au cul-de-sac du bulbe parce que l'on ne sent pas la boule par le toucher rectal et on en accroche le talon par le palper périnéal. Nélaton 15 passe librement.

31 mars. — Depuis jour de l'opération, malade a toujours eu un peu de diplopie. Il ne l'a signalé que ces jours-ci. Le Dr Jacquau lui trouve une parésie du droit externe de l'œil gauche, sans lésions du fond de l'œil. Pas de S.

25 avril. — Etat général excellent. Urine : 1^{er} verre un peu louche, 2^e presque limpide. *Mictions* : 1 à 2 la nuit ; le jour, normales. Jet très large, pas d'incontinence. Résultat excellent. *Œil* : amélioration, il peut lire des deux yeux. Dans la rue, encore un léger nuage. Il cligne pour mieux voir.

2 juin 1910. — Etat général excellent. *Urine* : 1^{er} verre encore un peu plus louche. *Mictions* : une la nuit en moyenne, 5 à 6 le jour. Œil à peu près guéri. Un peu de douleur dans le testicule droit : la queue de l'épididyme est un peu augmentée, comme un pois. Dans la nuit du 16 au 17 mai, et celle 17 au 18, selle involontaire. Dans la journée, avait eu un peu de diarrhée : selle abondante, demi-liquide. Et moins abondante la seconde nuit.

18 juillet 1910. — *Mictions* : la même chose. Urine un peu louche. La nuit, de 9 à 4 h., sans miction. Pas d'A. ni de S. Au lever, plusieurs petites mictions. Un peu d'induration de l'épididyme gauche. Son œil va bien. Plus de diplopie.

3 mars 1911. — Etat général parfait. Urine limpide.

29 août 1911. — Toujours la même chose. Un peu de douleur au testicule droit. Le gauche toujours un peu gros.

Mars 1913. — revu par le Dr Rafin : état général et urinaire excellents, mais toujours un peu de mal à retenir ses matières.

OBSERVATION XVIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne. Rétention d'urine. Urine trouble. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Lavages par l'urètre. Fistule fermée le 21^e jour, Résidu : 1/4 d'h. après miction, 45 gr.*

M. J.-M., 69 ans, ancien valet de chambre, habitant à Saint-Paul-en-Jarret (Loire), entre à l'hôpital le 22 février 1910 pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle. Marié à 22 ans. Femme morte de pneumonie.

Antécédents spéciaux. — Ni blennorragie, ni coliques néphrétiques, ni calculs, ni hématurie. Sondé pour la 1^{re} fois le 21 février 1910.

Affection actuelle. — Aurait débuté il y a une quinzaine d'années. Il *bataille* pour uriner. Depuis 5 ans, 4 ou 5 mictions la nuit ; autant le jour. Progressivement, leur nombre s'augmente. Douleur assez vive quelquefois quand le malade se force pour uriner et qu'il ne peut y arriver. A 4 reprises, crises de rétention passagère qui n'ont pas nécessité le sondage. Depuis 15 jours, gêne plus considérable pour uriner, et hier, impossibilité complète. Deux docteurs appelés ont essayé vainement de le sonder. On lui a fait une ponction sus-pubienne. On retire près d'un litre d'urine. Il se présente alors chez le Dr Rafin avec une vessie pleine et souffrant énormément.

Mictions. — 10 la nuit, autant le jour. Douleur surtout marquée au début et à la fin de la miction.

Urine. — Trouble, légèrement sanglante, pas d'A.

Prostate. — Considérablement hypertrophiée. Forme normale,

consistance très dure. Une petite saillie, ou plutôt une voussure sur le lobe droit. Sillon net.

Testicules. — Un peu de liquide.

24 février. — On sonde le malade 4 f. par jour et on lui laisse la sonde à demeure de 7 h. 1/2 soir à 3 h. mat.

27 février. — Urine moins limpide.

1^{er} mars. — *Intervention* par le Dr Rafin après RACHISTOVAÏ-NISATION.

PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE. — Ligature des déférents. Décollement assez facile de la prostate qu'on retire par morcellement en 3 débris. Du côté droit, l'énucléation n'avait pas été complète. Le chirurgien a dû y revenir et reprendre le décollement en arrière, d'un fragment laissé. Le lobe médian est un peu augmenté de volume. Il est constitué par une petite masse ronde assez dure, comme un gros pois. Pas d'hémorragie. Lavage chaud nitraté. Tube de Frey^{er}. 2 petites mèches superficielles. 2 fils métalliques profonds. La prostate enlevée pèse 38 gr. et a un aspect lobulé net. Il s'écoule du liquide laiteux.

A peu près pas d'hémorragie post-opératoire. Pas de caillots. Un lavage, ce matin, par le tube, faiblement nitraté.

15 mars. — Les lavages ont été supprimés 2 jours.

14 mars. — Le matin, le malade paraît un peu moins bien. La langue est plus sèche; le soir, la T. est montée à 38,2 et le lavage, qu'on avait essayé de refaire, n'a pas réussi. On essaie de le sonder. Une Nélaton ne passe pas. Une béquille passe et retire 30 gr. d'urine dont les dernières gouttes sont constituées par du pus presque pur. Ensuite, on dilate avec 2 bougies l'orifice sus pubien, puis on fait un lavage.

19 mars. — Dès le lendemain, amélioration et grand lavage par l'urètre, l'urine sortant par la plaie. Le 17, dans la nuit, mictions par l'urètre. Hier, la plaie sus-pubienne était légèrement ouverte et aujourd'hui, le malade a eu quelques mictions par la verge, et l'état général est bon.

23 mars. — Depuis le 21, il ne coule plus d'urine par la plaie (21^e jour). Urines peu troubles; 4 mictions la nuit facilement. Pas d'incontinence.

24 mars. — Pieds enflés. Pas de douleur dans mollets, mais gros disque d'albumine.

29 mars. — Etat général parfait. Un explorateur à boule 21 donne la sensation d'un resserrement, près de l'angle pénoscrotal, et passe ensuite en donnant une sensation de ressaut en un point qui paraît être à l'entrée de la prostate. Résidu : 45 gr., peu trouble, sans odeur. A. en quantité modérée. Capacité 260.

Mictions. — Toutes les 3 h. le jour, et 4 f. la nuit ; faciles. *Région prostatique* plate et dure. Sur la partie latérale gauche, un petit noyau dur, gros comme un petit pois, sur la muqueuse du rectum.

2 juin. — Etat général excellent. 3 à 4 mict. la nuit, 3 à 4 le j., sans douleur. Bon jet. Toujours un peu de constipation. Un explorateur à boule 18 passe, mais donne dans la traversée prostatique une sensation de resserrement avec un léger ressaut. Une Nélaton 18 passe librement. Résidu : 1/4 d'h après la miction, 40 gr. Urine jaune, presque limpide. Traces d'albumine. Capacité vésicale : 220. Plaie en bon état ; un peu d'affaiblissement cependant dans sa partie inférieure.

Toucher. — La région prostatique est dure et fait une légère saillie, et on sent également une petite saillie, comme un petit pois sur la muqueuse rectale, déjà signalée avant l'opération.

21 novembre 1912. — Le malade va très bien. *Mictions* : 3 à 4 la nuit, autant le jour. Aucune douleur. Gros disque d'A.

Génitalité. — Rapports sexuels tous les mois. Même sensation, mais plus d'émission de sperme.

Eventration assez nette au niveau de la partie inférieure de la cicatrice.

Une heure 1/4 après la miction, 100 gr. de résidu. Au toucher rectal, on sent, à gauche, une nodosité dure, grosse comme un pois. Toute la partie médiane et latérale droite de la région prostatique est occupée par une plaque dure, un peu diffuse sans bosselures. Il dit ne pas souffrir. Mais il y aurait des réserves à faire sur une transformation néoplasique possible. On lui conseille de revenir se montrer tous les mois.

OBSERVATION XIX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Dysurie ancienne modérée. Rétention aiguë complète, sans distension. Urine clarifiée par le traitement. Prostectomie. Rachistovainisation. Lavages par l'urètre sans sonde. Epanchement dans les deux plèvres avec dyspnée très intense. Fistule fermée le 41^e jour. Résidu : 5 gr. Légère hémiplegie gauche.*

F. J.-P., 73 ans, Frère des Ecoles chrétiennes, demeurant à Caluire, entre le 21 février 1910, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Personnellement, bonne santé. Assez sujet aux angines. Jamais de maladie grave.

Antécédents spéciaux. — Sondé pour la 1^{re} fois le 17 février 1910 par le Dr Berchoud.

Affection actuelle. — Depuis fort longtemps, obligé de se lever la nuit pour uriner, ni gêne ni fatigue. Depuis 3 ans, 3 mictions la nuit en moyenne. Durant ces derniers jours, mictions fort peu abondantes, mais se reproduisant à intervalles très rapprochés, 1/4 d'h. à 1/2 h. Jet très mince, peu fort. Le malade urine quelquefois sur ses souliers. Il y a 5 jours, subitement, coïncidant avec une petite angine, le malade a eu une crise de rétention aiguë. Le Dr lui a mis une sonde à demeure qui est tombée et a été remise 3 fois.

Mictions. — Avant la crise de rétention, 3 à 4 f. la nuit, 6 f. dans la journée.

Urine. — Très louche. Résidu : 200. Un peu d'A.

Prostate. — Peu hypertrophiée, forme et consistance normales; légère sensation d'irrégularité à la surface.

Reins. — Gauche, un peu perceptible, mais non douloureux.

Testicules. — Un peu de liquide dans la vaginale droite.

Etat général. — Rien à l'auscultation, assez satisfaisant.

22 février 1910. — Sondé 3 f. par jour, sonde à demeure la nuit. Résidu : 175 à 200 gr. L'urine s'est clarifiée; un peu d'A. il y a un peu de sang dans l'urètre.

17 mars. — Prostate modérément hypertrophiée. Lobe droit serait un peu plus petit que le gauche, sillon peu marqué. Lobes peu saillants. A gauche, la vésicule séminale est normale; à droite, au contraire, induration manifeste. Aucune douleur dans les cuisses. Depuis son entrée, la rétention est complète. Sondé 2 f. par jour, sonde à demeure la nuit. Légère urétrite.

19 mars : PROSTATECTOMIE (Dr Rafin). RACHISTOVAÏNISATION. — Le décollement de la prostate se fait assez facilement. Elle est enlevée en bloc et pèse 27 gr. Hémorragie un peu plus abondante que normalement. Tube de Freyer.

21 mars. — Ablation du Tube de Freyer. Lavages, commencés après méatotomie, provoquent l'expulsion de quelques gros caillots vésicaux.

Etat général. — bon.

25 mars. — Hier soir, à 6 h., au moment du lavage, il est pris d'un accès de dyspnée très violent, avec pâleur et refroidissement des extrémités. Toute la nuit, état grave, mais le pouls se maintient fort. Le matin, pouls à 120; dyspnée un peu moindre. A 11 h., le pouls s'affaiblit. On constate aux 2 bases, un peu d'épanchement, surtout à droite. Signes de pleuropneumonie infectieuse, constatée par les Drs Chabaliér et Thévenet.

27 mars. — La dyspnée a presque entièrement disparu, mais malade délire et refuse toute boisson. On cesse la digitaline.

28 mars. — Malade a uriné 300 gr. cette nuit. Son état se maintient.

29 mars. — Hier soir et cette nuit, 3 nouvelles crises de dyspnée. A l'auscultation, souffle à la base droite, râles fins à la base gauche. Depuis 2 ou 3 jours, le testicule gauche est tuméfié et douloureux comme s'il s'agissait d'une orchite bénigne, Quantité d'urine 1.600 gr.

30 mars. — Un peu de délire; souffle aux bases, râles fins au sommet droit.

31 mars. — Mieux. Crise de dyspnée transitoire ce matin. Quantité d'urine : 1.200 gr. Plaie en très bon état. On enlève le dernier fil. Lavages par l'urètre se font bien. Urine non sanglante depuis 2 à 3 jours.

6 avril. — Etat du malade assez amélioré; dyspnée seulement le 1^{er} avril. Plaie en très bon état. A la vessie, on ne voit qu'une petite fistule. Langue reste un peu sèche. Urine très peu trouble, A. en quantité modérée. A l'auscultation, un peu de souffle à la base gauche. La sonorité reparait. Boule d'œdème à la base des 2 thorax en arrière.

11 avril. — Un souffle persiste à la base gauche.

23 avril. — A 2 reprises, pour hâter la cicatrisation de la fistule, on a mis la sonde à demeure pendant 48 h. Il persiste cependant encore une fistulette qui donne parfois une petite quantité d'urine. L'état général s'améliore. Il se lève.

29 avril. — Résidu : 20 gr. Capacité 260 gr. Urine un peu trouble, non mal odorante. Disque net d'albumine. Un peu de souffle à la base gauche, bien qu'il n'y ait pas de matité. Exeat.

30 juin. — Après son départ, malade encore souffrant : épanchement pleurétique gauche avec essoufflement, que l'on a été sur le point de ponctionner. Actuellement, il persiste un peu de submatité et de souffle à la base gauche. Cœur va bien. Urine un peu louche, jaune ambré. Trace douteuse d'A. Il urine toutes les 2 h. la nuit sans difficulté, parce qu'il se réveille, 4 ou 5 f. le jour. Une vingtaine de jours après son départ, paralysie du bras, de l'avant-bras et de la main, sans aucune douleur. Dès le lendemain, il allait mieux et, actuellement, il ne persiste qu'un très légère parésie. Le malade venait d'avoir une syncope avec embarras de la parole toute la nuit. Cette parésie fait partie d'une hémiplegie droite. D'ailleurs, un peu de paralysie de la jambe droite. Il y a de l'œdème des 2 membres inférieurs. Résidu, 5 gr. Béquille n° 14 passe, on ne pourrait induire une sonde plus grosse à cause de l'étroitesse du méat. Région prostatique plate avec petite sensation d'inégalité.

15 décembre. — Il revient se montrer. Etat général assez bon. Encore un peu d'essoufflement. A l'auscultation, matité à la base gauche, vibrations conservées, mais souffle très net dans toute la moitié du poumon. Urine limpide, plus d'A., pas de S. Mictions : la nuit, toutes les 1 h. 1/2 ou 2 h. Pollyurie probable.

Le jour, moins fréquentes. Région prostatique plate. Au-dessus, un peu d'induration. Pas de signes de récidence.

16 janvier 1913. — Revient se montrer. Etat général très bon, quoiqu'il demeure essoufflé d'une pleurésie subie il y a 2 ans. Urine 3 à 4 f la nuit, et toutes les 2 h. le jour. Quantité totale des urines : 1500 gr., claires, ni S. ni A.

Au toucher, la région prostatique est occupée par une toute petite masse aplatie ayant la forme et la consistance de la prostate normale. Aucun signe de dégénérescence. Légère éventration.

OBSERVATION XX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie depuis 5 ans. En février 1910, rétention incomplète avec incontinence : distendue vessie remontant à l'ombilic. Lavages substitutifs. Prostatectomie hypogastrique. Fistule fermée le 15^e jour.*

D. A., 67 ans, menuisier, demeurant à Saint-Etienne, entre à l'hôpital, le 3 mars 1910.

Antécédents généraux. — 4 enfants : 2 bien portants ; 2 morts, l'un à 27 ans, de bronchite, l'autre à 35, de néphrite. Aucune maladie grave. Furoncles, il y a 1 an. A eu la jambe gauche un peu enflée, il y a 2 à 3 mois.

Début de la maladie. — Depuis 5 à 6 ans un peu de dysurie qui s'est accentuée. Au milieu de février, 5 à 6 mictions et, de plus, incontinence nocturne pendant le sommeil. Le jour, ne se mouille pas, parce qu'il obéit au besoin. A été sondé pour la 1^{re} fois, par le Dr Vianney qui a retiré 1 lit. 1/2.; 2 j. après, nouveau cathétérisme : 1 lit. 1/2; 2 autres, le 1^{er} et le 2 mars : on retire 1 lit. Au dernier, un peu de sang dans l'urine qui s'est troublée depuis.

Etat actuel. — *Mictions* : 5 à 6 la nuit, une dizaine le jour. Depuis les cathétérismes, pas d'incontinence.

Urine. — Sanglante, sans odeur.

Urètre. — Nélaton 18 passe librement.

Vessie. — Remontant à l'ombilic.

Prostate. — Assez hypertrophiée, peu saillante, sans nodosité.

Testicules. — Gauche 0. Droit 0. Au niveau de la tête, une petite masse comme une noisette, vraisemblablement kystique.

Etat général. — Appétit diminué depuis 6 à huit mois, en même temps que l'incontinence. Bouche sèche, soif. Constipation ; varice jambe gauche.

Traitement. — Le Dr Rafin enlève 6 à 700 gr. de la vessie non vidée, lavage substitutif boriqué et nitraté.

7 mars 1910. — Vessie est vide depuis 2 ou 3 j. L'urine contient du sang en grande quantité et quelques globules blancs. Hier soir, 1^{er} lavage avec 150 gr. nitraté à 0,50 p. 1.000, malade ne souffre pas. A 11 h. soir, idem avec 300 gr. A partir de ce moment, violent besoin d'uriner jusqu'au sondage de 4 h. matin où l'on trouve 650 gr. de résidu très trouble dans lequel on voit, au microscope, quelques globules rouges et d'innombrables éléments granuleux qui sont des globules de pus et quelques rares bâtonnets. Langue sèche ; ni frisson, ni fièvre. Cette nuit, sonde sera mise à demeure de 9 à 4 h. du matin.

14 mars. — T. redevenue normale. Elle avait été quelques jours à 38°. Urine à peine louche.

21 mars. — Depuis 8 j., état général bien amélioré. Langue devenue presque normale. Malade sondé 4 f. par jour avec sonde à demeure la nuit. Quantité d'urine dépasse légèrement 2 lit., un peu louche, contenant un peu d'A.

22 mars : *Intervention* (Dr Rafin). — RACHISTOVAÏNISATION. PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE, après ligature des déférents. Incision habituelle le long de la ligne médiane, ouverture de la vessie. Le doigt décolle, très péniblement et lentement, une prostate dure et solidement fixée, enlevée en un seul bloc, constituée par 2 lobes assez gros. Il semble qu'il manque une petite portion au lobe droit. Pas de lobe médian. Lavage chaud nitraté. Tube Freyer.

24 mars. — Ablation du Freyer remplacé par un drain.

25 mars. — Lavage abondant. Impossible de replacer le drain.

4 avril. — Lavages toujours faciles. 1^{re} miction par le canal (14^e jour).

6 avril. — Lavages supprimés. Mictions abondantes toutes les 3 h. Depuis hier (15^e j.), plus d'urine par plaie.

9 avril. — Explorateur à boule passe librement. Résidu : 60 gr., fortement purulent, sans odeur. Capacité : 400 gr. Plaie cicatrisée presque complètement. Fistule fermée depuis le 5.

28 avril 1910. — Etat général excellent. Résidu : 80 gr. Capacité vésicale : à 500 gr., commence à éprouver un peu de besoin. Nélaton 16 passe très facilement. Urine : très trouble, sans odeur, peu jaune. Un peu d'A. Mictions : 2 la nuit. Pas d'incontinence même en toussant. Prostate : plate. Pas de coït depuis 3 à 4 ans.

16 décembre 1910. — Etat général excellent. Bon appétit. Un peu d'alcoolisme : 1 à 3 lit. de vin par jour, et des petits verres. Mictions : 2 la nuit, 6 le jour. Jet large. Pas d'incontinence, même en toussant. Urine : un peu trouble, traces minimales d'A. Résidu : 0. Capacité : à 320 gr., éprouve le besoin d'uriner.

Toucher rectal. — Prostate absolument plate. Selles régulières.

Génitalité. — A eu 3 à 4 coïts depuis l'opération (en 9 mois), à peu près la même fréquence qu'avant l'opération. Même sensation, mais beaucoup moins de matière?... Le malade est en contradiction avec ce qu'il a dit précédemment. Toutefois, les détails qu'il donne font penser qu'il a pu coïter.

OBSERVATION XXI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne. Rétention aiguë, incomplète. Vessie un peu forcée. Urine trouble. Prostatectomie. Rachistovainisation. Lavages par l'urètre. Fermeture provisoire de la fistule le 17^e jour (la fistule s'est ensuite réouverte chez lui pendant 15 jours) la durée de la fistule a donc dépassé 32 jours. Résidu : 10 gr.*

C. F., cultivateur, 59 ans, habitant à Péage-de-Roussillon, entre à l'hôpital, le 6 avril 1910, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle. Une bronchite à 47 ans. Marié. 2 enfants vivants, 3 morts en bas âge.

Antécédents spéciaux. — Sondé pour la 1^{re} fois, il y a 6 jours, par le Dr Boissat.

Affection actuelle. — Depuis 4 à 5 ans, il a commencé à se lever la nuit pour uriner 2, 3, puis 4 fois. Il y a 2 ans, à différentes reprises, un peu de gêne pour uriner. Un peu de douleur à la miction, et jet de plus en plus petit. Il y a 11 mois, rétention passagère qui a cédé rapidement au traitement médical et n'a pas nécessité de sondage. Depuis cette époque, urine en moyenne 4 à 5 fois la nuit, et davantage dans la journée, environ toutes les 1 h. 1/2. Il y a 8 jours, rétention aiguë. Le malade se fait sonder par le Dr Boissat après 2 jours d'expectative pendant lesquels il urinait toutes les 10 minutes. Le malade se sonde ensuite lui-même 3 f. par jour. Pas de lavages. Ce matin, 6 avril, il a essayé de se sonder sans y parvenir.

Elat actuel. — *Mictions* : Avant la crise de rétention, 5 f. la nuit, 10 f. le jour, sans douleur.

Urine. — Trouble, odeur ammoniacale; A., 0. Sucre, 0.

Urètre. — Nélaton 16 passe facilement.

Vessie. — Capacité : 500 gr.

Prostate. — Modérément hypertrophiée. Consistance molle. Sillon assez peu marqué. Un petit noyau dur sur le bord supérieur du lobe droit, en somme une prostate ne paraissant pas dégénérée.

Elat général. — Perte d'appétit. Rien au cœur. Rien au poumon.

11 avril. — Depuis son entrée, malade sondé 4 f. le jour, sonde à demeure la nuit. Urine un peu tout seul. Miction spontanée : 400 gr. Hier soir, la sonde n'a pu passer. 4 mictions pendant la nuit : 400 gr. Sondage ce matin, à 5 h. Autre sondage à 10 h. Urines moins troubles au 2^e sondage.

12 avril : *Intervention* (Dr Rafin). RACHISTOVAÏNISATION : deux piqûres (la 1^{re} ayant été insuffisante) ; lavage nitraté, ligature des déférents. Incision sus-pubienne typique prolongée un peu haut. Ouverture du globe vésical. Décollement rapide de la

prostate retirée en 3 morceaux dont un assez volumineux. Hémorragie légère. Tube de Freyer. La prostate enlevée est formée de ses 2 lobes latéraux. Pas de lobe médian appréciable. Consistance rappelant l'adénome. Poids 48 gr.

13 avril. — Un peu de syncope 2 h. après l'opération due plutôt à l'anesthésie. Le jour même, sang en quantité modérée. Le matin, 1^{er} lavage faiblement nitraté par le tube de Freyer, et une sonde de Nélaton que l'on fait descendre au fond du tube.

14 avril. — Ce matin, ablation du tube de Freyer que l'on remplace par un autre plus petit. Lavage matin et soir par le drain. Jour de l'opération et suivants, un peu de fièvre. Mais état général et surtout la langue sont bons.

15 avril. — Lavage faiblement nitraté, par l'uretère, matin et soir.

16 avril. — On enlève un point de suture parce qu'il semble y avoir un peu d'infection de la plaie.

23 avril. — Ablation du dernier fil métallique et du drain.

27 avril. — Miction par la verge (16^e jour).

28 avril. — Pendant la nuit, miction spontanée par le canal. Rien ne s'écoule par la plaie. Fermeture définitive de la fistule.

3 mai. — Urine assez trouble, pas d'odeur. Résidu : 10 gr. Capacité 220. *Mictions* : la nuit, 4 ; le jour, toutes les 2 h. Pas d'incontinence même en toussant. Etat général très bon. Cathétérisme facile avec une Nélaton 20. Région prostatique : de chaque côté, 2 petites indurations grosses comme des pois.

Août 1910. — Revu par le Dr Faÿsse, va très bien. Après sa sortie, la plaie s'est ouverte pendant 3 semaines ; il a dû garder le repos au lit.

Génitalité. — A eu 1 rapport sexuel.

28 novembre 1912. — Il revient à la consultation. Va très bien.

Mictions : 1 f. la nuit, parfois 0 ; 3 à 4 le jour, sans douleur.

Urine : Claire, limpide, ni S. ni A.

Prostate : On sent comme une très petite prostate. Lobes bien délimités : sillon médian. Au sommet du lobe gauche, petite bosselure. Etat général parfait.

Génitalité. — Pas de changement. Rapports non changés toutes

les 3 semaines ; même sensation, même émission de liquide spermatique.

OBSERVATION XXII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique avec distension. Urine limpide. Pollyurie. Prostatectomie avec rachistovaïnisation (Syncope et comme endormi pendant toute l'opération). Mort rapide, avec fièvre, agitation et coma.*

D. C.-M., 70 ans, ancien instituteur, habitant à Arnas, entre à l'hôpital le 12 mai 1910, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Bonne santé ; 3 enfants dont 2 vivants. Coliques hépatiques avec jaunisse, il y a 8 ans.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Urine une f. la nuit depuis qq. années. Depuis 4 à 5 mois, mictions plus fréquentes et plus difficiles qui ont augmenté de plus en plus. Depuis 1 mois, toutes les 1/2 h.

Elat actuel. — *Mictions* : La nuit, toutes les 1/2 h., jusqu'à minuit surtout. Le jour, toutes les heures, mais plus faciles. Souffre un peu avant et après la miction.

Urine. — Limpide et peu colorée. Pas d'A. Pas de S.

Vessie. — Remonte jusqu'à l'ombilic.

Prostate. — Nettement hypertrophiée, saillante, sillon mal marqué, consistance ferme à gauche, plus dure à droite. En dehors de la consistance, pas de nodosités pouvant faire penser au néoplasme. Pas de prolongements en cornes : quelques réserves doivent être faites, surtout pour le lobe droit.

Elat général. — Bon appétit ; soif depuis 3 à 4 jours ; un peu de constipation, langue assez bonne ; cœur et poumons 0. On hésite assez longtemps pour la décision à prendre : cathétérisme ou opération d'emblée ? On se décide en faveur de l'opération. Malgré la soif, langue pas sèche. Urée en assez grande quantité. Contre l'opération : la polyurie abondante : 4.400 gr. Mais hier, 3 lit. seulement d'urine.

19 mai : *Opération de Freyer. RACHISTOVAÏNISATION.* — Ligature

des déférents. Prostate extrêmement adhérente, surtout par le lobe droit, si bien qu'on se demande si l'on est bien resté dans les limites de la loge. On essaie de séparer les 2 lobes en passant le doigt dans l'urètre postérieur. Mais sa dureté rend la manœuvre impossible. Une partie de l'urètre membraneux est venue avec la glande : 2 centimètres environ complètement, et toute la partie postérieure du canal et incomplètement la partie supérieure. La prostate étant décollée, on a nettement senti l'urètre membraneux décollé sur toute sa longueur. On a essayé avec les ciseaux, mais les ciseaux mal dirigés par un seul doigt n'ont pas réussi. On a pu le couper avec l'ongle, mais on a cru avoir réussi quand l'urètre avait, en réalité, cédé au niveau du corps spongieux. On avait pratiqué la *rachistovainisation* : syncope au début; somnolence continuelle; ensuite comme dans une anesthésie générale.

Prostate. — Pas très grosse, globuleuse, de consistance ferme. A la coupe, pas de dégénérescence. Vésicules séminales très dures, ligneuses. On voit la partie de l'urètre membraneux qui a été comprimée dans l'exérèse. La loge qui résulte de l'ablation de la prostate paraît très considérable, étant donné le petit volume de celle-ci. Avant l'opération, on avait injecté du nitrate dans la vessie. Après l'ablation de la prostate, nitrate. La prostate est venue d'une pièce pourvue d'un appendice formé par le canal membraneux. Le poids approximatif pouvait être de 15 à 20 gr., volume d'une prostate normale.

A la coupe, tissu dur, fibreux, avec des points glandulaires. En avant, les lobes forment une saillie arrondie, et l'ablation est bien complète. En arrière, il y a un peu de dilacération. Le sillon postérieur médian ne se voit pas. Au niveau de la base de la vésicule séminale droite, une petite granulation grosse comme un grain de blé.

20 mai. — Le malade a été très exalté toute la journée hier, voulant se lever, arrachant son pansement. Aujourd'hui, il est plus calme, un peu somnolent, la langue sèche. Subdélire. Hier et aujourd'hui, la plaie a saigné extérieurement. Ce soir, le lavage ne ramène aucun caillot.

21 mai. — Subdélire toute la journée. Ce soir, état très grave, comateux, T. à 40°; pouls à 120, langue racornie. Ce matin, ablation du tube. Le soir, on ne peut faire un lavage par l'urètre.

22 mai. — Grande amélioration. Conscience un peu meilleure. Langue encore fort sèche. Il a eu cette nuit une forte selle. La T. s'est abaissée. Le lavage par l'urètre se fait bien.

23 mai. — Mort la nuit dernière.

OBSERVATION XXIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ — *Rétention incomplète, sans distension. Infection. Prostatectomie hypogastrique. Ligature d'un seul déférent à cause d'une hernie de l'autre côté. Orchite du côté non lié. Absès de l'autre côté. Fermeture de la fistule le 24^e jour. Mort chez lui par embolie le 53^e jour.*

R. J., 70 ans, habitant à Lyon, employé, entre à l'hôpital le 3 mai 1910, parce que, depuis 2 mois 1/2, il souffre en urinant. N'a jamais été malade.

Antécédents spéciaux. — Blennorrhagie il y a 15 ans. Pas sondé depuis.

Affection actuelle. — Depuis 2 mois 1/2, mictions fréquentes : 10 à 15 par jour. Autant la nuit. Impérieuses et douloureuses surtout dans l'urètre. Obligé de s'accroupir pour commencer à uriner. Semble avoir de la prostatorrhée quand il va à la selle. Ces troubles sont allés en s'accroissant. Jamais d'hématurie. Jamais douleurs lombaires. *Urine* : trouble, odeur de fermentation.

Urètre. — Explorateur à boule 18 passe facilement.

Vessie. — Résidu : 200 gr. Capacité vésicale : 240.

Prostate. — Peu hypertrophiée, à bords diffus, sillon assez net. Lobe gauche présente une voussure, mais rien ne fait penser à la dégénérescence.

Etat général. — Bon. Pas de diarrhée.

12 mai. — Malade sondé matin et soir. Résidu : 200 à 400 gr.

En plus, urine une quinzaine de fois par jour, autant la nuit. Se plaint de diarrhée après les repas.

2 juin. — Depuis le 12 mai, Sonde à demeure la nuit ce qui le soulage, et 3 sondages le jour avec résidu de 200 à 300 gr. Urine modérément trouble. Pas d'A.

11 juin : PROSTATECTOMIE par Dr Rafin (méthode de Freyer). — Ligature du déférent droit. On ne peut lier déférent gauche recouvert par hernie inguinale. Prostatectomie proprement dite très pénible par l'adhérence de la prostate et des vésicules séminales en avant et en arrière. Il se produit un fort décollement de la paroi vésico-rectale. Tube de Freyer est enlevé involontairement quelques minutes après l'opération. Mais 2 points de suture fixent l'ouverture vésicale à l'incision cutanée. Prostate enlevée pèse 15 gr., est uniformément scléreuse. En somme, opération très pénible. Le Dr Rafin n'a pas trouvé tout de suite le plan de clivage et s'est égaré en arrière, de sorte que la vessie est perforée en arrière et au-dessus de la prostate. Il y a là une cavité qu'il faudra surveiller. Dr Rafin a même été sur le point de faire un drainage périnéal. Il y a renoncé parce que l'induration de tous les tissus lui a paru une sauvegarde contre l'infiltration. Il a enfin trouvé le plan de clivage et, néanmoins, le décollement a été des plus pénibles. Ne pouvant parvenir à séparer la prostate du côté droit des tissus latéraux (probablement de la vésicule séminale), il a agrandi l'incision de la vessie et coupé sur le doigt du tissu fibreux, la prostate est venue d'une pièce. Séparation avec l'urètre membraneux n'avait pas été très pénible.

13 juin. — 1^{er} lavage par l'urètre. Petit drain à la place du tube Freyer. On enlève les 2 points vésico-cutanés et on rapproche les bords supérieurs de la plaie par 2 agrafes.

15 juin. — Lavage par l'urètre matin et soir avec solution faiblement nitratée. Etat général excellent.

22 juin. — Ablation du drain.

29 juin. — Il commence à passer urine par verge.

1^{er} juillet. — Presque toute l'urine passe par l'urètre.

2 juillet. — Plaie s'est rouverte tout à coup, et il s'est produit

un très grand écoulement d'urine ; en même temps, un peu de T. Il est vraisemblable qu'il y a eu de la rétention.

3 juillet. — Encore un peu de T. Malade urine par la plaie.

4 juillet. — T. tend à baisser. De nouveau plaie s'est fermée. Langue bonne. Appétit un peu diminué. Orchite gauche.

11 juillet. — Petit abcès sur ligature du cordon à droite.

13 juillet. — Incision de la plaie, pus très fétide.

22 juillet. — Explorateur à boule 18 pénètre librement et est arrêté à l'entrée de la vessie. Un 15 de même. Nélaton 16 également arrêtée au même point. Béquille 18 arrêtée au même point passe cependant en soutenant la sonde par le doigt introduit dans le rectum. Résidu : 10 gr., assez trouble. On fait un lavage, et il est certain que la vessie ne contient pas davantage de résidu, mais il est très douteux que la sonde soit parvenue dans la vessie. En introduisant 125 gr., on provoque le besoin d'uriner. *Mictions* : faciles ; 3 la nuit, 3 à 4 le jour.

Prostate. — Du côté droit, rien d'anormal. Du côté gauche, induration et légères bosselures avec prolongation en cornes en haut. De plus, le malade a de l'œdème de la jambe gauche depuis quelques jours. Pas de ganglions, ni à l'aîne, ni dans la fosse iliaque. Œdème aussi de l'autre côté, mais moins marqué. Un Béniqué n° 36 passe très aisément ; toutefois on ne peut affirmer qu'il soit dans la vessie.

2 août 1910. — Mort brusquement par embolie. Angoisse, asphyxie, mort en quelques minutes. Il avait donc une phlébite.

OBSERVATION XXIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne modérée, sans distension. Rétention aiguë persistant après deux mois de traitement. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie au Biloith. Ligature des déférents. Lavages par l'urètre. Fistule fermée le 25^e jour. Résidu nul.*

C. J., 65 ans, habitant Les Rousses, près Lons-le-Saulnier (Jura), entre à l'hôpital, le 26 mai 1910, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Veuf, une fille vivante, 2 enfants morts; l'un à 6 ans, l'autre à 18 ans, subitement. Gros mangeur. Son grand-père a été opéré de la pierre à 60 ans.

Antécédents spéciaux. — Un peu de sable; plusieurs séjours à Contréxeville.

Affection actuelle. — Il y a 6 mois : 2 mictions par jour; difficulté pour uriner après un petit voyage où il avait eu froid. Le 16 avril, grande difficulté. Sondé une seule fois. Résidu : 150 gr.

Etat actuel. — *Mictions* : 2 la nuit; exceptionnellement 3; le jour, 5 à 6. La voiture et le chemin de fer influent, donnent une sensation douloureuse à l'extrémité de la verge. Un peu de douleur en urinant.

Urine. — A peu près limpide. *Calot* : quelques globules blancs en quantité modérée, globules rouges douteux.

Urètre. — Une Nélaton 18 passe librement.

Vessie. — Résidu : 170 gr. Capacité : 220 gr. L'exploration vésicale est négative.

Prostate. — Non hypertrophiée, forme et dimensions normales.

Reins. — Non perçus, non douloureux; il a eu autrefois un peu de douleur à gauche.

Testicules. — Les 2 épидидymes sont considérablement augmentés de volume, surtout le gauche, au niveau de la queue.

Etat général. — Il a maigri.

9 juin. — A son entrée à l'hôpital, malade sondé, puis sonde à demeure pendant 3 jours, enfin sondé de nouveau. L'état paraissait s'améliorer quand la rétention recommence.

10 juin. — L'opération était à peu près décidée quand l'urine est devenue très purulente, probablement par cathétérisme insuffisant, microbes nombreux. Sonde à demeure pendant 36 h., puis sondages repris avec sonde à demeure la nuit.

13 juin. — Rétention presque complète. Urine bien améliorée, un peu trouble encore cependant. Traces douteuses d'A. : 14 à 15 cgr. Appétit et état général bons.

14 juin : *Opération de Freyer*. — Anesthésie au Bilroth, sans incident. Ligature des 2 déférents. Prostate aisément décollée, cependant on la fait éclater pour séparer l'urètre membraneux au ras. Après l'ablation, on sent un lambeau de muqueuse qui est détaché et fait saillie dans la vessie. Tube de Freyer fixé très lâchement à la peau. *Prostate* peu volumineuse, poids : 12 gr. Consistance uniformément fibreuse, sans aucun point d'induration à la coupe normale.

19 juin. — Freyer enlevé au bout de 48 h. et remplacé par un drain. Après et pendant l'opération, l'hémorragie a été très modérée, mais il persiste encore un suintement sanguin. Lavages par l'urètre sans difficulté.

24 juin. — Urines moins hématiques.

2 juillet. — Depuis 2 jours, un peu d'urine par le canal. La plaie commence à ne plus laisser passer, que difficilement, le lavage. Aussi hier, et ce matin, un peu de fièvre : 38°5.

8 juillet. — Plus d'urine par la plaie : 25^e jour.

10 juillet. — Urine toujours sanguinolente. Nélaton 18 un peu serrée. Résidu : 1 h. après miction, 100 gr. modérément trouble.

12 juillet. — Capacité vésicale : 140 gr. Résidu : 10 gr. Lavage boriqué et nitraté.

1^{er} août. — Depuis le 13 juillet, malade soigné par le Dr Verrière, à St-François-d'Assise. Lavage de la vessie. Amélioration rapide. Résidu : nul. Il n'urine que 7 à 800 gr. *Mictions* : 3 la nuit. *Urètre* : Une boule 18 donne une sensation de frottement avant la prostate, puis elle est arrêtée dans la traversée. On met le doigt dans le rectum. La boule passe alors librement. *Toucher* : Prostate plate. *Urine* : Très trouble, peu odorante, albumine modérée. *Résidu* : Nul. Capacité : 250 gr. *Etat général* : Bon, pas d'incontinence, même en toussant.

31 décembre 1910. — Ecrit qu'il va bien. Urine claire, assez abondante.

Janvier 1911. — Vient se montrer. *Etat général* : bon; pas d'A.; 2 mictions la nuit, toutes les 2 h. le jour; pas d'incontinence, bon jet, en parabole, au lieu d'uriner sur ses souliers. Plus de constipation. Quantité d'urine : 1250 à 1500 gr. Cicatrice bonne.

Génitalité : Avant l'opération, un rapport par mois : Depuis 1^{er} rapport le 15 août, et depuis lors, plusieurs avec sensation ordinaire, mais pas de liquide spermatique.

Janvier 1912. — Va bien.

2 avril. — Vient se montrer, va très bien. Urine limpide, ni S. ni A. ; aucune miction la nuit ; n'est plus constipé. *Génitalité* : Pas de rapports depuis 4 mois parce que « pour avoir de l'appétit, il lui faut le même plat et il ne l'avait pas ». *Prostate* : Toute petite.

16 janvier 1913. Il écrit que sa santé est excellente. Bon appétit, bon sommeil, urine, le jour, toutes les 2 h. jusqu'à minuit, heure à laquelle il se couche ; la nuit, 2 f. Urine claire, de couleur ambrée, sans odeur fétide comme jadis. Quantité approximative : 1500 à 1800 gr. par 24 h. Rapports sexuels de plus en plus rares. Même sensation que jadis, mais liquide spermatique « au lieu d'être crémeux, comme autrefois, est blanc comme du sirop de gomme et en petite quantité. ».

OBSERVATION XXV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention chronique incomplète sans distension (ancienne lithotritie). Urine presque limpide. Prostatectomie. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Prostate suspecte de dégénérescence, soit à l'examen clinique, soit à l'examen histologique. Lavages par l'urètre. Incrustation de la plaie. Fistule fermée en 5 mois. Résidu : 3 à 4 gr. Deux ans après, rien ne permet d'affirmer une récurrence néoplasique.*

B. Ch., 66 ans, ancien agent-voyer, habitant à Bourges (Cher), entre à l'hôpital, le 30 juin 1910, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Bonne santé ; 2 enfants bien portants.

Antécédents spéciaux. — Opéré de la pierre il y a 3 ans : lithotritie, par le Dr Duchartelet. A guéri rapidement. Urine limpide après l'opération. Depuis 2 à 3 ans, un peu de difficulté pour uriner. Aggravation progressive sans rétention brusque. Il y a

1 an : miction toutes les 2 h. la nuit; il y a 6 mois, toutes les heures ou 1/2 h. Depuis 6 mois, se sonde. Dès premier sondage, 200 gr. de résidu. Depuis, se sonde 1 fois tous les 2 jours, puis de plus en plus souvent. Actuellement, 4 f. par jour. Toujours même résidu et un peu plus. Urine un peu avant de se sonder. Résidu a diminué, actuellement de 30 gr.

Etat actuel. — *Mictions* : Se sonde à 7 h. matin, 1 h., 7 h. soir et 1 h. matin. De 1 h. matin à 6 h., pas besoin d'uriner. Jamais de lavages. Voiture ni la marche n'influent. Passage de position couchée à position debout provoque l'envie d'uriner. Souffre en le faisant.

Urine. — Presque limpide. Peu ou pas d'A. Pas de S.

Urètre. — On passe Nélaton 16. Se sondait avec une Nélaton, maintenant avec une béquille.

Vessie. — Résidu : 200 gr. Capacité : 260.

Prostate. — Modérément hypertrophiée, de consistance très ferme, se terminant en haut par une ligne brusque. Sillon peu perceptible, pas de bosselures, pas de corne à gauche. Partie droite paraît un peu dure. En somme, prostate suspecte de tendance à dégénérescence. Surlobe droit, en bas, un peu de voussure.

Testicules. — 0.

Etat général. — Bon appétit, un peu de soif; pas de douleur dans les cuisses. On ne se décide à intervenir qu'avec hésitation.

5 juillet. — PROSTATECTOMIE par Dr Rafin (méthode Freyer). Ligature des déférents. Prostate d'abord décollée sur tout son pourtour, on coupe ensuite l'urètre membraneux. On enlève facilement la prostate. On fixe tube Freyer, mais il fait souffrir le malade. On enlève le point de suture. Tube échappe le soir même. On le remplace le lendemain par un drain. Prostate enlevée pèse 45 gr.; fibreuse, avec aspect lobulé, sans point de dégénérescence. Urètre prostatique était large.

6 juillet. — Tube un peu sorti hier soir. On a dû le renfoncer. Le Dr Rafin l'enlève ce matin parce qu'il sort en partie, la paroi ayant une épaisseur faible, il aurait été mieux de mettre un tube moins long. On le remplace par un drain. Hémorragie a été très modérée.

7 juillet. — Lavages par l'urètre se font bien.

10 juillet. — Va bien. Plaie est grisâtre, comme incrustée.

14 juillet. — Même état de la plaie. En frottant avec les doigts on enlève débris pierreux. Urine toujours un peu sanguinolente. Bon état général.

3 août. — Malade n'urine toujours pas par le canal, bien que la plaie hypogastrique soit de petite dimension. Sonde à demeure.

4 août. — Sonde à demeure s'est bouchée à 2 reprises, à cause de la viscosité des urines, et dans la nuit, le malade urine par le canal.

5 août. — Expulsion, ce soir, par le canal, d'un gravier de la dimension d'un petit noyau de cerise, formé de cristaux lâchement agglomérés.

13 août. — Malade urine par verge, mais hier encore, qq. gouttes d'urine, à plusieurs reprises, par plaie hypogastrique cependant à peu près cicatrisée. Boule 14 passe sans aucun ressaut. Résidu : 5 gr. Capacité : 70 gr. Boule 18 passe, mais sensation de gravelle dans la traversée prostatique. Au toucher, pas de saillie, mais région prostatique dure et fibreuse. Urine assez trouble. Pas d'odeur ce matin.

18 août. — Etat général s'améliore. Appétit revient. Urine modérément trouble, sans odeur. Boule 18 passe librement, ne donnant plus cette sensation de gravelle que l'on avait la 1^{re} fois. Au retour, elle donne une sensation comme un frottement brusque, comme celui que donnerait la traversée d'une membrane aponévrotique. Plaie n'a plus donné d'urine depuis samedi 13, et résidu vésical n'est que de 3 à 4 gr. Capacité vésicale reste petite.

24 août. — Malade écrit qu'en s'en allant, en wagon, sa plaie s'est mise à suinter, puis, à couler par jet. Les urines sont claires.

6 janvier 1911. — Malade écrit plaie complètement étanche depuis le 15 décembre, son urine parfaitement claire. Mictions : 4 la nuit et 10 le jour, pour 2 lit. d'urine. Jet comme à 30 ans. Pas de même pour les fonctions génitales. 18 mois qu'il n'a eu de

rapports. Ces besoins n'étant pas impérieux, croit prudent de s'abstenir.

5 juin 1912. — Etat général : *Mictions* : 3 la nuit ; le jour, toutes les 2 h., très facilement, sans douleur. Urine limpide ; A. en quantité modérée ; pas d'éventration. Au toucher, on sent une certaine masse qui s'avance vers la bulbe. Le bord supérieur forme un bourrelet un peu dur, mais aucune bosselure. Rien ne permet d'affirmer la dégénérescence.

16 décembre 1912. — *Mictions* : 8 à 10 le jour ; 4 à 5 la nuit, 2 litres par jour. Urine : claire, renfermant globules blancs et très nombreux microbes. Jet très bon. Rapports très rares. En somme, très bon résultat.

OBSERVATION XXVI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète sans distension. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie au Bilroth. Ligature des déférents. Fistule fermée le 12^e jour. Résidu : 0.*

M... (envoyé par Dr Mounier), 69 ans, La Ricamarie (Loire), entre à l'hôpital en juin 1910, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Goutteux. Migraines ; crises douloureuses aux orteils, genoux, bras, cuisses. Il y a 13 ans, dépôt goutteux volumineux qui a disparu. Une colique néphrétique il y a 30 ans, sans émission de gravier.

Début de la maladie. — Jusqu'en novembre 1908, une seule miction la nuit, mais depuis 4 à 5 ans, mictions plus fréquentes le jour, surtout l'après-midi. 3 à 4 mois avant de consulter Dr Chandelux, avait un peu sang sur sa chemise. En nov. 1908, ce docteur trouve 350 gr. de résidu et ordonne 2 cathétérismes avec lavages. A partir de ce moment, douleur en urinant et cathétérismes douloureux. Résidus se sont abaissés à 100 et 130 gr. Douleur s'accroît. Au bout de 8 j., arrêt des cathétérismes pendant une semaine. Il voit le Dr Duchamp qui l'explore

et ne trouve pas de calculs (fin 1908). En 1909, 4 cathétér. en janvier, puis 2 par j., avec résidus variant de 80 à 130 gr. pendant un voyage. Puis 100, 200 (350 et 400 exceptionnels). En décembre 1909, après un voyage, douleurs. Vu le 16 février 1910. Depuis, 5 à 6 cathétér. par 24 h., et besoin se montrant au bout de 3 h.; de temps en temps, sonde à demeure bien supportée pendant 3 j. — 27 mars : sonde à demeure pendant 3 jours. Mictions fréquentes et douloureuses le matin. On supprime la sonde à demeure, puis sonde à demeure de nouveau, la nuit, depuis le 7 avril. *Urine* : un peu trouble, de 800 gr. à un litre. Malade boit peu. Ni S. ni A. Il garde la sonde bouchée et la débouche à 4 h. Quantité d'urine : 360 gr. pour la nuit. Sonde enlevée à 9 h. matin. Un cathétér. à 2 h. Résidu 105 à 185 gr. Sondé à 9 h. pour garder la sonde.

Urètre. — Nélaton 16 passe bien.

Prostate. — Assez volumineuse. Forme et dimensions normales. Pas de dégénérescence. Il semble qu'elle s'enlèvera très bien.

Reins. — Non perceptibles, non douloureux.

Elat général. — Bon; appétit bon. Pas de soif. Selles obtenues par huile de ricin ou rhubarbe. Rien au cœur ni au poumon.

29 juin 1910. — Depuis 3 mois, au moins, la nuit, sonde à demeure de 9 h. soir à 5 h. matin. Le jour, cathétér. à 9 h. mat., 3 h. et 9 h. soir. Parfois à 1 h. et à 6 h., à cause de ses souffrances. Résidu : 150 gr. A ce chiffre, éprouve besoin d'uriner et émet à peine 20 gr. d'urine. Lavages difficiles par suite d'interruptions saccadées de l'écoulement. Il en résulte douleur. Mictions également un peu douloureuses. Parfois, après sondage, un tache de sang. Au bout de 3 h. après sondages, commence à éprouver besoin d'uriner et urine toutes les 1/2 h. Pas de douleur anale.

Elat général. — Bon; appétit bon. Un peu constipé. 3 h. après cathétérisme : 145 gr. résidu, sans odeur, assez trouble. Traces minimales d'A.

15 juillet. — Urine louche, sans odeur, traces d'A.; résidu : 200 gr.

16 juillet : PROSTATECTOMIE par Dr Rafin (méthode Freyer). — Anesthésie au Bilroth sans incident. Ligature déférents. Décollement prostate se fait bien en arrière; mais en avant, au niveau de l'urètre membraneux, beaucoup plus difficile. Prostate volumineuse : 110 gr. avec les 2 lobes de consistance uniforme; à la coupe, aspect nettement lobulé. L'urètre prostatique laisse passer le petit doigt.

Tube enlevé au bout de 48 h. Pas de lavage le 1^{er} jour. Peu d'hémorragie opératoire et post-opératoire. A partir de 48 h., lavages très aisés par l'urètre, matin et soir. Excellent état de la plaie. Urine parfois un peu hématurique.

26 juillet. — A éprouvé besoin d'uriner pendant lavage. Il urine abondamment. On cesse le lavage pour ne pas ouvrir la plaie.

28 juillet. — Urine autant par canal que par plaie; on rapproche les bords avec du leucoplaste.

29 juillet. — Depuis hier, n'urine que par canal (12^e jour).

18 août. — Etat général bon. Forces reviennent. Urine trouble, fortement purulente, sans odeur. A expulsé un gros paquet qui a bouché un instant l'urètre. Nélaton 16 passe très facilement. Résidu : 0. Capacité 150 gr. Il dit cependant uriner 200 à 250 gr.

Toucher : Sensation de résistance, sans bosselures.

Urine : La nuit dernière, 5 mictions pour 750 gr.

Génitalité : 4 novembre 1910. Avant son opération, les désirs sexuels n'étaient plus qu'une fantaisie à longue échéance. Maintenant un peu plus de désirs qu'avant l'opération. Il se couche à 10 h. et a une érection incomplète qu'il ne favorise pas. *Mictions* : la nuit, 3; le jour, 8. Urine un peu plus souvent que la normale. Bon jet. Urine améliorée.

10 mars 1911. — Même état général à peu près.

9 août 1912. — Etat général excellent. 2 mictions habituelles la nuit et le jour. Jet facile. Urine *limpide*, pas d'A. Rapports sexuels toujours imparfaits.

12 décembre 1912. — Docteur M., gendre du malade, écrit que son beau-père va très bien, qu'il a très bon teint, a engraisé, est superbe de santé. A même retrouvé la puissance du travail

qui avait beaucoup diminué les 2 années ayant précédé l'intervention. Au point de vue vésical, urines sont claires, sans être d'une limpidité parfaite. Mictions assez rares : 2 la nuit, de 10 h. soir à 8 h. matin. Parfois une seule, ou même pas. Aucune douleur à la miction qui est toujours impérative.

OBSERVATION XXVII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Deux crises de rétention. Fragment de sonde dans la vessie. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale (Bilroth). Ablation du corps étranger. Lavages par la plaie. Occlusion de l'urètre. Urétrotomie externe. Fistule fermée le 29^e jour. Incontinence d'urine. Hémiplégie un an après.*

M. P. A., 70 ans, chapelier, demeurant à Chazelles-sur-Lyon, entre à l'hôpital le 16 juillet 1910, pour crise de rétention.

Antécédents généraux. — Fluxion de poitrine à 20 ans. Typhoïde à 22 ans. Manipule constamment des sels de mercure. Mauvaise dentition, mais pas de troubles digestifs ni de salivation.

Antécédents spéciaux. — Il y a 2 ans 1/2, rétention aiguë, sans cause apparente. Sondé, pour la 1^{re} fois, par le Dr Grégoire, il se sonde lui-même pendant le jour, puis la rétention disparaît.

Affection actuelle. — Depuis, il urinait 2 f. le jour et 2 f. la nuit. Le 15 juillet, rétention aiguë avec vives douleurs. Le 16 juillet, le malade se sonde avec son ancienne sonde qui se brise, et une partie reste dans la vessie. Tentative d'extraction par le Dr Lamberger qui envoie le malade à l'hôpital.

Etat actuel. — *Mictions* : 2 la nuit ; le jour, 2 ou 3. Actuellement, rétention presque complète. Douleur avant la miction ou le cathétérisme.

Urine. — Jaune ambré, trouble, disque important d'A., très mauvaise odeur.

Vessie. — Résidu : 80 à 100 gr.

Prostate. — Assez hypertrophiée. Lobe droit : consistance normale, sauf un petit noyau comme un pois sur le bord supérieur. Lobe gauche : consistance plus dure avec bosselures. Cornes, du côté droit 0. Du côté gauche, peut-être un peu d'induration. Sillon assez bien marqué.

Testicules. : 0.

Etat général. — Assez bon. Cœur : faux pas fréquents, sans bruit anormal. Le malade ne se sondait pas quand il est entré disant uriner bien. Après le toucher de la prostate, il n'a pas pu uriner. On lui a fait ensuite des lavages, mais il n'avait pas de résidu, l'urine sentait de plus en plus mauvais. On se décide à enlever la prostate puisqu'il faut ouvrir la vessie (l'extraction directe paraissant douteuse, vu la qualité de la sonde).

21 juillet : PROSTATECTOMIE. — Anesthésie au Bilroth sans incident. Taille sus-pubienne qui permet de retirer un fragment de sonde Nélaton de 10 à 11 cm., très cassante. Extraction de la prostate assez aisée. Tube de Freyer. La prostate pèse 45 gr. 2 lobes bien séparés. Aspect lobulaire. Consistance un peu dure.

27 juillet. — Il a été impossible de faire les lavages par l'urètre. Le malade souffre, mais le liquide ne pénètre pas. Etat de la plaie : excellent. Etat général : bon.

30 juillet. — Lavage toujours impossible malgré 2 mètres de pression. On se contente de laver par le drain hypogastrique qu'on a eu soin de laisser.

1^{er} août. — Tentative de cathétérisme. Un explorateur à boule n° 10 est arrêté au niveau de l'urètre membraneux, à l'entrée de l'urètre prostatique, juste à la limite du périnée supérieur. Il en est de même pour un 16 et un 14 précédemment introduits.

4 août 1910. — Explorateurs n°s 8 et 6 ne passent pas. Impossible d'introduire un conducteur.

6 août. : URÉTROTOMIE EXTERNE. — Anesthésie à l'éther sans incident. Un explorateur à boule vient buter contre le rétrécissement. Incision de l'urètre sur la boule arrêtée au bulbe. On dissèque l'urètre membraneux avec des ciseaux et on arrive sur la fin de l'urètre prostatique fermée par une sorte de diaphragme. Pas d'hémorragie. On laisse à demeure une béquille n° 20. On

coupe transversalement les tissus fibreux comme pour une prostatectomie. Et tout à coup, il coule de l'urine. Ouverture d'une petite cavité comme une petite noisette à surface gris rosé, un peu piquetée et ayant vaguement un aspect de muqueuse. Cette cavité se confond en avant avec les tissus fibreux. Il y avait donc une interruption véritable dans la continuité du canal. En arrière, elle communique avec la vessie par un orifice parfaitement arrondi qui a les dimensions d'une Nélaton n° 20 environ, mais dont les bords sont souples, extensibles, et que le Dr Rafin dilate un peu pour y introduire le bout du doigt. On n'ose dilater davantage, de peur de traumatiser. Le doigt pénètre probablement dans la vessie, de sorte que si cela était exact, on pourrait admettre que la cavité n'est autre que la loge prostatique considérablement réduite. Cela doit être exact, car il n'y a aucune raison pour qu'il se soit formé une cavité en ce point. L'examen de la prostate la montre enlevée d'un bloc, très proprement, et sans aucune trace d'urètre membraneux.

18 août. — Le plan périnéal paraît cicatrisé dans la profondeur. On ne remet pas la sonde. Il ne passe pas d'urine par la plaie hypogastrique.

19 août. — Le malade a uriné en grande partie par la plaie périnéale pendant la miction. Pas d'incontinence.

23 août. — Il ne passe plus d'urine par la plaie, mais le malade a de l'incontinence par l'urètre.

24 août 1910. — Incontinence diurne et nocturne. Un explorateur à boule 17 franchit le méat avec un peu de difficulté, puis donne une sensation nette de rétrécissement à l'entrée de l'urètre membraneux, et enfin passe facilement. Une Nélaton 16 passe librement. Résidu : nul. Capacité : 140. Urine modérément trouble.

Toucher rectal. — Région prostatique : On sent un tout petit corps dur du côté gauche.

15 juillet 1911. — Le Dr Lamberger, de Chazelles-sur-Lyon, écrit que M. a été pris d'hémiplégie et que l'incontinence a disparu.

2 décembre 1912. — La nièce du malade écrit que son oncle a toujours des étourdissements. Sa santé est un peu meilleure et il peut travailler. Il n'a encore pu quitter son appareil. Quelquefois, il reste 2 jours sans en avoir besoin, puis cela recommence.

OBSERVATION XXVIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention complète sans distension. Urine purulente. Prostatectomie hypogastrique. Anesthésie à l'éther. Ligature des déférents. Lavages par l'urètre. Fistule fermée le 22^e jour. Résidu : 5 gr.*

B. J.-M., 76 ans, cultivateur; habitant aux Vernes, près Givors, entre à l'hôpital le 2 juillet 1910, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle.

Antécédents spéciaux. — Rien à noter. Se sonde depuis 1 an.

Affection actuelle. — Depuis l'âge de 25 ans, pollakiurie qui est restée stationnaire avec jet diminué. Depuis 3 ans, se lève la nuit pour uriner. Il y a 18 mois, sondé par Dr Pomme : Un peu de sang après le cathétérisme. Peut-être une crise de rétention il y a 8 ans. Se sonde depuis 1 an avec béquille n° 18. Depuis 8 à 10 j., obligé de se sonder 15 à 20 f. le jour et la nuit. Vive douleur avant le cathétérisme, se calme un peu après.

Mictions. — 15 à 20 le j., autant la nuit. Douleur : cuisson vésicale et tension avant le cathétérisme.

Urine. — Très trouble, mal odorante. Sous influence de sonde à demeure, se clarifie très rapidement. Léger disque d'A.

Vessie. — Capacité : 240 gr.

Prostate. — Modérément hypertrophiée, consistance et forme normales.

Testicules. — Grosse hernie inguinale droite. Gauche 0. Droit : Noyau induré sur la tête de l'épididyme.

Elat général. — Assez bon, rien au poumon. Cœur : très arythmique. A eu palpitations nerveuses. Jamais signes d'asystolie.

Pas d'artério-sclérose. Malade continue à se sonder lui-même à chaque instant.

19 juillet : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE. — Anesthésie à l'éther sans incident. Ligature du déférent, à gauche seulement, à cause de la hernie droite. Prostatectomie proprement dite facile. On laisse le tube de Freyer. Prostate pèse 35 gr. Un des lobes est plus dur que l'autre.

27 juillet. — Les fils ont été enlevés, plaie a un aspect noirâtre.

30 juillet. — Etat général satisfaisant, pas de fièvre. Même état de la plaie qui tend à s'améliorer par chute d'une légère couche de sphacèle. Depuis aujourd'hui, lavage par l'urètre ne peut plus se faire, l'urine ne ressortant pas par la plaie.

1^{er} août. — Il sort, par plaie vésicale, un lambeau sphacélé, et le liquide passe de nouveau.

9 août. — A commencé cette nuit à uriner par le canal.

11 août. — Depuis hier, n'urine que par le canal.

13 août. — Résidu : 10 gr. ; urine pas très trouble, louche, avec filaments. Capacité vésicale : 250. Une boule 18 passe librement.

16 août. *Mictions* : 6 à 7 la nuit, autant le jour.

23 août. — Revient parce qu'il prétend avoir uriné avec difficulté, mais il faut tenir compte de son état mental. Urine spontanée. Résidu 5 gr. Sonde Nélaton 16 passe facilement.

15 décembre 1910. — Urine limpide. Bon état général. *Mictions* : La nuit 4 à 5 ; le jour 6 environ sans difficulté. Pas d'incontinence, même en toussant. Loge prostatique : Au toucher, très légère saillie de minime importance. On ne sonde pas le malade qui va très bien.

Génitalité. — Aucun rapport sexuel plusieurs mois avant, ni depuis l'opération.

5 décembre 1912. — Revient se montrer : *Mictions* : 4 à 5 la nuit pour 1 lit. Pas de douleur. Jet bon. *Urine* : claire, disque important d'A. *Prostate* : On sent une petite masse ayant la configuration de la prostate normale, non hypertrophiée. Aucun signe dégénérescence. Etat général bon.

OBSERVATION XXIX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention. Prostatectomie hypogastrique. Un peu de shock Plaie fermée le 23^e jour. Guérison.*

L. L., chapelier, 66 ans, demeurant à Bourges, entre à l'hôpital le 18 juillet 1910, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Bonne santé ; 2 enfants.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Il y a 5 ans, brusque, sans dysurie antérieure. N'urinaît qu'une fois la nuit. A la suite d'un coup de froid, rétention brusque. Sondé 6 h. après ; puis pendant 8 j., 2 f. par j. par le médecin et depuis lors, il se sonde 2 f. la nuit, vers 1 h. du matin. Jamais le jour. Parfois, jusqu'à une semaine, sans se sonder. Résidu : 1 litre, mais cela est douteux.

Etat actuel. — Mictions : 4 à 5 le j., sans difficulté ; la nuit, n'urine que par gouttes, avec effort, et c'est pour cela qu'il se sonde.

Urine. — Un peu trouble, sans odeur, 1900 gr. mesurés en une seule fois (il avait pris de l'eau de Vittel).

Urètre. — Nélaton 18 passe très bien.

Vessie. — Capacité 280 gr. Résidu 350 gr.

Prostate. — Volumineuse, ferme, de consistance normale.

Testicules. — Orchite droite, non douloureuse, il y a 1 mois. Rien à gauche. Le testicule droit forme une masse volumineuse constituée par l'épididyme non distinct du testicule ; masse extrêmement dure.

Etat général. — Bon appétit. Un peu de constipation, pas de soif.

27 juillet. — Nuit dernière, malade s'est sondé 2 f. et a retiré chaque fois un résidu important qui pouvait bien être de 500 gr.

28 juillet. — Ne s'est pas sondé hier. A uriné 10 f. dans la nuit pour 700 gr. Résidu : 15 gr. d'urine assez trouble, un peu mal odorante. A. en quantité assez importante.

28 juillet : PROSTATECTOMIE (Dr Rafin). — Méthode Freyer. Anesthésie Bilr. Ligature déférents. Laborieuse, surtout à droite (orchite ancienne). Décollement prostate pas très pénible malgré son volume, mais suivi hémorragie plus abondante que de coutume. De plus, il y a du shock : malade d'une pâleur cyanique, bien que pouls reste bon. Tube Freyer. Prostate pèse 175 gr., 3 lobes bien distincts, médian très séparé, à peine plus petit que les autres. Consistance uniformément ferme. Aspect lobulé.

29 juillet. — Hier, on a fait 1 lit. sérum, 40 cgr. caféine et piqure huile camphrée. Shock a commencé à se dissiper vers 3 h. soir ; écoulement sanguin persiste jusqu'au milieu nuit. Matin, on enlève fil qui fixait tube Freyer.

30 juillet. — Hémorragie arrêtée. Etat passable. Soif, un peu de nausée. On enlève Freyer.

8 août. — Va bien. Lavages se font bien. Partie profonde de plaie à peu près rose ; sur parties superficielles, un peu de sphacèle.

11 août. — A uriné très peu, cette nuit, par canal.

12 août. — Plaie a un peu d'odeur et de minimes points sphacelés entre lèvres. Avec pinces, Dr Rafin en enlève avec un peu d'incrustation, et introduisant pince dans partie inférieure de la plaie, sous les plans superficiels, fait sortir grande quantité de débris sphacelés. C'est ce qui donnait odeur.

20 août. — Plaie hypogastrique ne laisse plus passer d'urine.

25 août. — Explorateur à boule 18 passe assez librement. Nélaton 16 passe facilement. Résidu 15 minutes après miction : 12 gr. Capacité vésicale : 180 gr. L'urine résiduelle est assez trouble, sans odeur. *Mictions* : 4 la nuit, toutes les 2 h. le jour. Jet sort avec force très considérable. Région prostatique présente surface plate.

Novembre 1910. — Malade écrit qu'il va très bien.

Juillet 1911. — Va très bien.

3 décembre 1912. — Va toujours bien depuis son opération. La nuit, urine environ 3 fois avec jet fort pour 1 lit. d'urine claire, sans souffrance. Le jour, un peu plus souvent. Très modéré relativement à ses rapports sexuels.

OBSERVATION XXX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne. Hématuries fréquentes. Rétention presque complète. Prostatectomie hypogastrique. Anesthésie générale. Fistule fermée le 16^e jour.*

P. P., 68 ans, mécanicien, habitant à Farney (Loire). Entre à l'hôpital le 2 juillet 1910, pour rétention.

Antécédents généraux. — Marié, femme bien portante; 4 enfants bien portants; 4 morts en bas âge, dont 3 de fluxion de poitrine ? Bonne santé habituelle. Diarrhée très tenace l'an dernier.

Antécédents spéciaux. — Pas de cathétérisme avant l'entrée.

Affection actuelle. — Il y a 6 ans, hématuries qui ont duré 8 jours, puis ont cessé pendant 19 mois. Elles ont repris depuis avec des alternatives d'amélioration. Il a uriné du sang à peu près une fois par an, pendant un jour ou deux. Depuis le 30 juin 1910, l'hématurie est continuelle avec fausse envie d'uriner. Pas de douleur, mais envies impérieuses d'uriner. Jet non diminué. Aucune influence de chemin de fer ou de voiture.

Mictions : 3 à 4 la nuit; toutes les heures le jour.

Urine. — A son arrivée, absolument hématique. Hématurie : au début de la miction, manque souvent à la fin.

Vessie. Cystoscopie. — Pas de tumeur, le sang paraît provenir de la prostate.

Prostate. — Assez hypertrophiée, volumineuse, de forme et de consistance normales, un petit point induré sur le lobe droit. On ne peut pas toucher la vessie par le *toucher rectal*; mais par le *toucher combiné*, on a la sensation d'une masse qui semble se prolonger avec la prostate.

Reins. — 0.

Etat général. — Bon; cœur et poumons 0. Pouls artério-scléreux, langue blanche un peu sèche.

Traitement. — On sonde le malade pendant 3 jours, les résidus étant de 200 à 600 gr., mais toujours sanglants. C'est pourquoi

on place une sonde à demeure n° 22 le 5 juillet. Etat général pas bien bon, langue sèche.

7 juillet. — Sonde a bien fonctionné et l'état général s'améliore un peu, urine reste sanglante.

3 août. — A partir du 22 juillet, sonde à demeure supprimée le jour, laissée la nuit; dès lors, l'hémorragie cesse. Rétention persiste à peu près complète. Aujourd'hui, quelques gouttes d'urine avec un résidu de 500 gr. Ordinairement : 400 gr. Capacité vésicale : 420 gr. Urine jaune, assez colorée, presque limpide. Traces d'A. Pas de S. Un peu de polyurie. Quantité d'urine dépasse souvent 2 litres par jour.

4 août 1910. — PROSTATECTOMIE (Dr Rafin). Méthode de Freyer. Anesthésie au Bilroth sans incident. Ligature des 2 déférents. Le clivage se fait bien, malgré une certaine adhérence en avant. Il faut séparer les lobes en avant, pour extraire la glande trop volumineuse, par la plaie vésicale. Dans l'espace prévésical, on a rencontré quelques ganglions arrondis gros comme des noisettes. La prostate pèse 108 gr. Elle est nettement séparée en 3 lobes; le lobe médian est un peu pédiculé. A la coupe, aspect lobulé, consistance uniformément fibreuse. Au niveau du lobe médian, la muqueuse est congestionnée, comme tomenteuse. L'urètre prostatique est large, comme irrégulier. Il semble que les deux faces se soient modelées l'une sur l'autre, un angle saillant correspondant à un angle rentrant.

5 août. — L'hémorragie a été modérée.

6 août. — Tube de Freyer enlevé, non remplacé par un tube.

8 août. — Il va bien. Langue bonne.

19 août. — Plaie en très bon état. Depuis avant-hier, difficulté pour les lavages et élévation de T.

23 août. — Depuis hier matin, 16^e jour, plus rien ne passe par la plaie, mais il déclare qu'étant debout, il perd quelques gouttes d'urine. Un peu de sang dans ses urines.

27 août. — Urine 3 à 4 f. la nuit. Résidu : 45 gr. d'urine assez trouble, sanguinolente, un peu odorante. Capacité vésicale : 160 gr. Cathétérisme très facile avec une Nélaton 15 ou 16. *Toucher rectal* : Région prostatique absolument plate.

30 août. — A uriné 1.200 gr. la nuit en 7 fois. Urine toujours sanguinolente.

15 décembre 1910. — Etat général excellent. Il a pu reprendre son travail de Surveillant-Mécanicien. *Mictions* : la nuit, 7 à 8 f.; le jour, tous les 3/4 d'h. ou toutes les heures. Pas d'incontinence, même lors de l'effort. Urine fortement sanglante, teintée de sang 3 à 4 f. par jour, dit le malade, acide. *Vessie* : Résidu 10 gr., un peu sanguinolent et un peu filant. Capacité : 180 gr. Région prostatique : plate et ferme, sans soupçon de dégénérescence.

Génitalité. — Pas de rapports depuis 1 an avant l'opération.

10 juillet 1912. — Depuis sa visite en déc. 1910, le malade n'a pas cessé d'uriner du sang : caillots au début de la miction, puis glaires. Urine très sale et glaireuse. Depuis son séjour en décembre 1910, les urines sont toujours restées troubles. Dans l'urètre, avant et après la miction, il souffre. Il souffre aussi des reins de temps à autre. Urine le jour et la nuit à peu près toutes les 1/2 h. Parfois, perd ses urines la nuit. Bon appétit, mais nuits mauvaises. Reins non perçus. Pas d'œdème des jambes. *Toucher rectal* : région prostatique plate. Rien d'anormal.

25 juillet. — Lavage nitraté chaque jour. *Cystoscopie*. Incrustations blanchâtres tout autour du col, surtout du côté droit.

6 août. — Exeat.

16 janvier 1913. — Le malade revient se montrer avec un très bon état général. Il urine 10 f. la nuit et autant le jour pour 1 lit. 1/2 à 1 lit. 3/4. Aucune douleur en urinant. Urines claires, sans S. ni A. Il se plaint seulement d'un peu d'insomnie. Au toucher, loge prostatique vide, souple et plate.

Génitalité. — N'a pas eu de rapports depuis son opération, mais il déclare qu'il en aurait eu le goût et la force.

OBSERVATION XXXI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Dysurie modérée ancienne. Grande capacité vésicale : 750 gr. Rétention incomplète. Urine infectée. Prostectomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. Ligature des déférents. Diverticule vésical. Fistule fermée le 18^e jour. Résidu : 150 gr. nécessitant le cathétérisme, mais décroissant peu à peu pour n'atteindre que 0 ou 30 gr. 18 mois après.*

B. C., 69 ans, habitant à Charolles, entre à l'hôpital le 5 juin 1909.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle; 2 enfants bien portants.

Antécédents spéciaux. — Coliques néphrétiques à 58 ans, droite. Pas de gravier ni de sang.

Début de la maladie. — Depuis 10 ans, mictions plus fréquentes augmentant progressivement. Jamais de rétention. Jamais cathétérisme. Se plaint d'abord de douleurs dans ventre. En souffre moins quand il marche ou en voiture. N'urine pas plus souvent. Lenteur de la miction.

Etat actuel. — *Mictions* : 4 à 5 la nuit; le jour, toutes les heures. Pas de douleur.

Urine. : Limpide, ni S. ni A.

Urètre : Nélaton 18 passe bien.

Vessie : Résidu : 280 gr. Capacité : 450.

Prostate : petite; 2 lobes bien distincts.

Reins et Uretères : Rien.

Testicules. — Rien.

Etat général. — Constipation. Appétit un peu diminué.

4 novembre. — Entre à l'hôpital. Cathétérisme. Capacité : 750. Résidu 250 gr., modérément trouble, sans odeur, sans A.

11 novembre. — Sondé d'abord 4 f., puis 2 f. par jour. Résidu : 100 gr. exceptionnellement; habituellement 200 à 300. On parle d'une intervention possible au malade qui refuse et part.

22 juillet 1910. — Depuis sa sortie, malade s'est sondé 2 f. par

j., sans mesurer le résidu, mais affirme qu'il est le même qu'à l'hôpital. Mictions : 3 à 4 la nuit ; 5 à 6 le jour. Urine : très purulente, sans odeur, un peu d'A., pas de S. ; prostate petite, assez dure. Sillon net, sans bosselures.

3 août. — Amélioration considérable de l'urine. Peu ou pas d'A. 2 cathétérismes par jour., et sonde à demeure la nuit. Résidu : le matin, 100 à 250 gr. Le soir, 200 à 300 gr.

4 août 1910 : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Anesthésie éther. Ligature déférents. Ablation de la prostate ; clivage assez aisé. Vessie présentait un diverticule sur le fond et un peu à droite. Orifice de communication avec vessie mesurait 3 cm. de diamètre. Diverticule a plusieurs cm. de profondeur. Freyer. Prostate pèse 18 gr., avec petites masses lobulées comme des fibromes pédiculés. Consistance uniformément ferme. Drain enlevé au bout 48 h. Lavage matin et soir.

23 août. — Depuis 4 à 5 jours, urine commence à passer par canal et, depuis le 21, il ne passe plus d'urine par la plaie.

25 août. — Une heure environ après miction, 150 gr. urine dans vessie, sale et fétide. On fera lavages. Capacité vésicale : 310 gr. A partir de ce chiffre, urine sort par plaie.

27 octobre. — Etat général excellent. Malade se sonde d'abord 2 f. par j., puis une seule fois. Il trouvait environ de 75 à 110 gr. de résidu ; aujourd'hui, on trouve 80 gr. de résidu modérément trouble, d'aspect bactérien, d'odeur un peu fétide. Au toucher, on sent petite masse dure et irrégulière. Cathétérisme facile avec Nélaton 16. Quand malade ne se sonde qu'une fois, il urine 4 f. la nuit. Capacité vésicale : 360 gr.

16 février 1911. — Résidu augmente. Se sonde 2 f. par jour. Résidu : 150, trouble. Capacité : 500 gr. Etat général bon.

Génitalité. — 2 rapports sexuels depuis l'opération. Plus fréquents avant.

Toucher prostatique. — Au milieu, sillon déprimable. A gauche on sent un tout petit lobe séparé transversalement par un petit sillon en 2 parties. A droite, tout petit lobe. A convoquer pour cystoscooper.

15 juin. — Continue à se sonder 2 f. par jour ; résidus dimi-

nuent : 75 gr., 50, et à 3 reprises, 0. Urine assez trouble. Etat général bon. Prostate séparée en 2.

25 avril 1912. — Depuis 1 mois, se sonde 1 f. par jour. Résidu : parfois 0, parfois 20 ou 30 gr. Aujourd'hui, 25 gr. Capacité vésicale : 310. *Toucher* : On sent comme une toute petite prostate formée par 2 lobes séparés par 1 sillon. On sent surtout le lobe droit.

16 janvier 1913. — Revient se montrer à l'hôpital, il trouve que son état a empiré. Urine 5 à 6 f. la nuit ; 10 à 12 le j., mais obligé de se sonder 2 f. par jour, prétendant que sa vessie ne se vide pas bien, et il trouve chaque fois 25 gr. de résidu. Souffre beaucoup en urinant : cuisson. Urine : 1 lit. 1/2 en 48 h. Langue très chargée, presque rôtie. Cependant appétit assez bon. Au *toucher* : loge prostatique occupée par masse à 2 lobes, de consistance un peu dure, sans bosselures.

Génitalité. — Quelques rapports sexuels, peu fréquents. Dernier date d'il y a 5 semaines. Sensation un peu affaiblie; plus de liquide spermatique.

OBSERVATION XXXII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète avec distension. Urine trouble, clarifiée par le traitement. Pôlyurie. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. Ligature des déférents. Fistule fermée le 17^e jour. Résidu : 15 gr.*

G. A., 68 ans, cultivateur, habitant à Dumièrre (Ardèche), entre le 6 juillet 1910, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle. Il y a 1 mois : Aphasie brusque, sans chute ni paralysie.

Antécédents spéciaux. — 1 cathétérisme, il y a 5 jours, par le Dr Buisson.

Affection actuelle. — Depuis une quinzaine de jours, difficulté pour commencer la miction; jet diminué. Il a eu une crise de rétention aiguë, voilà 15 ans, avec hématurie. Pas sondé à cette

occasion. Il y a un mois, crise d'aphasie durant environ 10 minutes.

Mictions. — Se mouille toutes les heures, nuit et jour, quelquefois immédiatement après avoir uriné. Pas de douleur.

Urine. — pâle, trouble, avec traces d'A., pas de S., pas d'hématurie.

Vessie. — Remonte à l'ombilic.

Prostate. — Dimension pas supérieure à la normale. Forme et consistance normales. 5 août : prostate un peu hypertrophiée ; sensation d'inégalité de consistance, pas de cornes dures ; ne donne pas l'impression d'un néoplasme.

Reins. — On ne sent rien, mais malade est très gras.

Testicules. — 0.

Etat général. — Rien au cœur, rien au poumon.

A son arrivée, on évacue 500 gr. d'urine ; et le soir on fait un lavage substitutif. Vessie vidée lendemain de son entrée, sonde à demeure une nuit. Pas d'appétit, soif vive. Un peu de sang. Depuis, cathétérisme régulier tous les jours.

15 juillet. — Urine s'améliore ; limpide, légèrement colorée, avec traces infimes d'A. Malade sondé 4 f. par jour, sonde à demeure la nuit. Urine spontanément très petite quantité.

18 juillet. — Crise d'aphasie durant 10 minutes comme il y a 1 mois.

3 août. — Etat resté stationnaire ; toujours polyurique ; quantité d'urine varie entre 2.000 et 3.700 gr. (une seule fois ce dernier chiffre). Excellent appétit.

6 août. — PROSTATECTOMIE (Méthode Freyer), Dr Rafin. Anesthésie à l'éther sans incident. Ligature déférents. Ablation de la prostate. Décollement assez aisé. Hémorragie assez notable, mais n'entraînant pas de shock immédiat. Tube de Freyer. Prostate pèse 23 gr. ; de consistance uniforme. Lobe médian bien développé ; aspect lobulé à la coupe. L'hypertrophie porte sur les 3 éléments de l'organe : c'est un adéno-fibro-myome, mais avec prédominance marquée de l'élément musculaire sur l'élément glandulaire.

7 août. — Hémorragie abondante pendant la journée de l'opé-

ration. Malade affaibli, mais langue bonne. Plus de sang aujourd'hui.

8 août. — N'a plus saigné. Tube Freyer remplacé par un drain.

19 août. — Moins d'urine par la plaie.

27 août. — Depuis le 23 (17^e j.), plus d'urine par la plaie; cathétérisme facile avec Nélaton 16. Résidu : 15 gr., trouble, sans odeur. Capacité vésicale : 480 gr. 2 à 3 mictions la nuit. *Prostate* : On sent comme une petite induration au niveau de la prostate, comme une petite prostate minuscule avec sillon médian. Quantité d'urine émise le jour : 1700 gr.; la nuit : 1550 gr. Nombre d'émissions : le jour, 5; la nuit, 3.

18 avril 1913. — Malade écrit qu'il urine 1 f. la n., 2 à 3 f. le j., sans douleur; urine claire; état général excellent.

OBSERVATION XXXIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète sans distension. Prostatectomie hypogastrique. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Fistule fermée le 10^e jour. Résidu : nul. Abscès du cordon.*

R. E., 72 ans, propriétaire, habitant à Nîmes, entre à l'hôpital le 3 juin 1910, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Rien à signaler. Marié à 40 ans. Pas d'enfants.

Antécédents spéciaux. — Depuis 1 an, parfois un peu de douleur à l'extrémité de la verge, mictions un peu lentes. Sondé par Dr Reynaud, il y a 1 mois : 200 gr. de résidu.

Etat actuel. — *Mictions* : 1 à 2 la nuit, exceptionnellement 0; le jour, 5 à 6; marche ni voiture n'influent.

Urine. — Limpide, ni S. ni A.

Urètre. — Nélaton 16 passe bien.

Vessie. — Résidu : 260. Capacité 360.

Prostate. — Modérément hypertrophiée; forme et consistance normales.

Testicules. — Un peu d'induration de l'épididyme gauche.

19 octobre. — Aggravation progressive et, en septembre dernier, 5 à 6 mictions la nuit et 10 le jour. Il se sonde. Résidu n'atteint pas 500 gr. Du 15 au 30 septembre, 2 cathétérismes par jour, résidu non vérifié. Va mieux ; plus de mictions la nuit. Depuis 11 octobre, sondé par infirmier sur conseils du Dr Reynaud. Lavage et sonde à demeure. 190 gr. de résidu. 1/4 d'h. avant, il avait uriné. A été sondé ce matin. Urine peu trouble. A. assez abondante. Culot : globules blancs et globules rouges, ce qui explique peut-être présence d'A. *Prostate* : assez grosse, bien enlevable. *Cœur* : Intermittence. *Poumon* : 0. Bon appétit, langue un peu vernissée. Sondé 3 f. par j., avec sonde à demeure la nuit, n'urine à peu près pas spontanément.

20 octobre. — Capacité vésicale : 350 gr. A. en quantité assez importante, mais attribuable vraisemblablement au sang et au pus.

21 octobre 1910 : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Ligature déférents. Décollement aisé. Section de l'urètre faite au ras de la prostate. Hémorragie modérée. Freyer. Prostate de petit volume : 20 gr. avec lobe médian égal aux autres lobes. Suites très simples : Freyer enlevé après 48 h. Un drain laissé 4 jours environ. Lavage faiblement nitraté matin et soir. Toute l'urine a passé par l'urètre le 30, c'est-à-dire le 10^e jour. Ce jour-là, un peu de fièvre due à ce que l'injection a provoqué un besoin d'uriner.

7 novembre. — Plaie de la peau pas tout à fait fermée. Urine très trouble, sans odeur. Mictions assez fréquentes. Capacité 125 gr. Résidu 0. Petite masse dure, comme un œuf de pigeon, au niveau ligature déférent. Cela suppurera-t-il ? Au toucher, on sent comme une prostate peu saillante, assez large. Etat général bon.

18 novembre. — Dr Reynaud écrit qu'il a ouvert un abcès au niveau du cordon inguinal droit.

14 février 1911. — Malade écrit : état général bon ; il urine sans difficulté : urine claire. De temps en temps, cuisson dans verge en urinant.

6 juillet 1911. — Dr Reynaud écrit avoir rencontré le malade qui allait bien.

7 novembre 1911. — Ecrit encore que malade va très bien.

13 décembre 1912. — Dr Reynaud, de Nîmes, écrit qu'il a revu son malade. Depuis l'opération, se sent mieux qu'auparavant, urine sans aucune peine. Se lève une fois, la nuit, pour uriner, par habitude, dit-il. Volume d'urine dans les 24 heures : 1.200 à 1.500 gr. Urine limpide, d'un beau jaune. Pas de désirs sexuels, mais avant l'opération, n'en avait pas davantage. On ne l'a pas sondé.

OBSERVATION XXXIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique presque complète sans distension. Difficulté de cathétérisme. Urine purulente. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. Ligature des déférents. Lavages par l'urètre. Fistule fermée le 21^e jour. Résidu : 4 grammes.*

B. E., 80 ans, cultivateur, habitant à Givors, entre le 24 octobre 1910, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Très bonne santé habituelle; marié, 2 enfants bien portants.

Antécédents spéciaux. — Sondé il y a 1 an par le Dr Laurençon, et il y a 3 semaines par le Dr Condamin.

Affection actuelle. — Début il y a 14 mois par augmentation progressive de la miction, puis rétention due à un refroidissement, non douloureuse, bien que le malade ait plus d'un litre dans la vessie. Depuis, malade se sondait toutes les 3 heures. Depuis quelque temps, toutes les 2 h. Il y a 3 semaines, béquilles dont il se servait ne passent plus et il voit le Dr Condamin qui le sonde depuis qu'il ne peut plus se sonder lui-même. Hier, sonde ne pouvant plus passer, il vient à l'hôpital. Il y a 48 h. qu'il ne peut plus se sonder, il urine à chaque instant, et à l'arrivée, on ne trouve que 175 gr. d'urine très purulente (le malade

avait bien besoin d'uriner). Le soir, on trouve 200 gr. de résidu.

Mictions. — Se sondait toutes les 2 à 4 h.

Urine. — Très trouble, purulente, odeur très mauvaise. A. en quantité très modérée.

Urètre. — Ecoulement assez intense; boule n° 17 serrée au niveau du méat et dans les 4 premiers centimètres. Après, passe librement.

Vessie. — Capacité non mesurée, ne paraissant pas très grande.

Prostate. — Volumineuse. Sillon assez bien perceptible. Lobe gauche difficile à délimiter en haut. En dehors, ne se détache pas bien non plus; consistance normale, pas de bosselures; de même à droite. Ne donne pas l'impression de dégénérescence, mais il semble qu'il y a un peu de périprostatite.

Testicules. — Un peu de liquide des 2 côtés; à gauche, une légère induration de la queue de l'épididyme.

Etat général. — Assez satisfaisant; appétit un peu diminué; soif augmentée, langue un peu sèche. Rien au cœur, rien au poumon. Bruits très sourds.

25 octobre. — Etat général bon. Malade robuste, langue bonne. Bon appétit, évite la viande. Sonde à demeure.

29 octobre 1910. — PROSTATECTOMIE (Méthode de Freyer), Dr Rafin. Anesthésie très prudente à l'éther, sans incident. Ligature des 2 déférents. Prostatectomie proprement dite, rapide. Pas d'hémorragie. Tube Freyer. On termine par une méatotomie, bien que l'urètre antérieur admît une bougie 16. Prostate pèse 45 gr., petite, de consistance uniformément ferme, lobulée à la coupe. Affecte une forme assez irrégulièrement tronconique avec sillon très peu marqué; du côté de la grande circonférence, on voit un lambeau muqueux de 2 cm. environ qui pourrait bien être une portion de l'urètre membraneux.

3 novembre. — Tube de Freyer enlevé au bout de 48 h., remplacé par un drain. Pendant 24 premières heures, aucun lavage. Le 2^e j., 2 lavages par le drain. Après tube Freyer enlevé, lavage par l'urètre très facile. Pas eu de sang jusqu'à ce matin où l'infirmier a trouvé la plaie couverte de caillots, mais pas d'hémor-

ragie pendant le lavage; lavages faits à l'eau faiblement nitrée : 0,25 ‰. Drain supprimé. Fils enlevés aujourd'hui. Etat général bon pendant toutes les suites opératoires.

17 novembre. — Malade urine en presque totalité par l'urètre. Il coule cependant encore un peu d'urine par la plaie abdominale dont la cicatrisation est très avancée. On introduit avec quelque difficulté une Nélaton 16 serrée au niveau du méat. On trouve 25 gr. de résidu extrêmement purulent.

19 novembre. — Fistule fermée aujourd'hui (21^e jour).

22 novembre. — Nélaton 17 franchit le méat, mais comme elle est un peu serrée, on n'insiste pas. Une 14 passe facilement. Résidu : 4 gr., assez trouble. Capacité vésicale : 140 gr.

Toucher rectal. — On sent comme un croissant de peu d'épaisseur occupant la place des 2 lobes, et séparé au milieu par un large intervalle vide. Le malade part, urinant bien, et sa fistule complètement fermée.

19 avril 1913. — Malade écrit qu'il va parfaitement bien. *Mictions* : 7 à 8 le j., 4 à 5 la n.; sans douleur. *Urines* très claires.

OBSERVATION XXXV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Dysurie ancienne. Crises de rétention. Pas de distension. Prostatectomie hypogastrique. Anesthésie au Biltroth. Ligature déférents. Poids de la prostate : 245 gr. Suites difficiles. Fistule fermée le 26^e jour. Résidu : 15 gr.*

Père P., 65 ans, Jésuite, habitant à Clermont-Ferrand, entre à l'hôpital le 23 août 1910 pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle.

Antécédents spéciaux. — 0.

Début de la maladie. — A 54 ans, ayant déjà, depuis quelque temps, un peu de difficulté à uriner, il couche dans chambre très froide, et le lendemain matin, rétention. On le sonde au bout de 3 jours : ensuite, il urine bien, mais plusieurs fois la

nuît. Six mois après, nouvelle rétention. Sondé 1 fois. Depuis lors, il est obligé de se sonder 1 fois par mois, surtout l'hiver. S'est fait soigner il y a 3 ou 4 ans et a eu une sonde à demeure pendant 48 h. Porte toujours sur lui sonde à béquille.

Etat actuel. — 3 mictions la nuit, 6 à 8 le jour. Voiture amène de la rétention. Parfois mictions plus difficiles et plus nombreuses, surtout le jour. Pas de douleur.

Urine. — Remarquablement limpide; quantité 1200 gr. dont 600 la nuit; A. 0.

Urètre. — Se sonde facilement avec béquille 16 qu'il lave à l'eau boriquée.

Vessie. — Capacité 250 gr. Résidu : nul.

Prostate. — Très volumineuse, plutôt molle, sans bosselures, sillon suffisant. Le toucher fait venir au méat du liquide sanguinolent, mais aucun signe de dégénérescence. Pas de cornes. Elle pourrait s'enlever.

Etat général. — Bon appétit.

28 octobre. — Etat stationnaire. A dû se sonder une fois après le voyage.

29 octobre. — Urine un peu louche.

2 novembre. — PROSTATECTOMIE par Dr Rafin (Méthode Freyer). Anesthésie au Bilroth. Ligature des déférents qui, étant très petits, sont difficiles à trouver. Incision sus-pubienne de la vessie. On sent une très grosse prostate, facile à détacher, difficile à énucléer à cause de son volume. On y parvient avec peine en introduisant deux doigts dans la vessie. Perte de sang assez considérable. Prostate est sortie en plusieurs morceaux. Pas de fils de suture. Tube de Freyer. Compresse. Prostate pèse 245 gr. — Le soir, pouls à 120.

3 novembre. — Hémorragie peu abondante jusqu'à ce matin. Tube Freyer est sorti, bien que fixé en haut par 2 fils métalliques. Plaie vésicale s'est rétrécie. Tube remplacé par un gros drain. Lavage au nitrate faible. Pas de fièvre. Pouls un peu plus lent, à 108. Bon facies du malade. Affaiblissement modéré.

4 novembre. — Ce matin, drain à nouveau sorti. N'est pas remplacé. Langue pas humide. Va à la selle avec laxatifs.

5 novembre. — A vomé le soir ce qu'il avait pris dans la journée. Langue un peu sèche. Alimentation peu abondante.

6 novembre. — Encore un vomissement. Langue toujours sèche.

7 novembre. — N'a pas vomé. Ventre un peu ballonné. S'alimente peu. Parfois hoquet. Un peu de sub-délire. Etat laisse à désirer.

9 novembre. — Etat très légèrement amélioré. Hoquet intermittent, mais persiste. Plus de tendance au vomissement, bien que malade s'alimente davantage. Toujours un peu ballonnement. Langue un peu moins sèche. 4 lavages par jour.

11 novembre. — Etat reste à peu près le même, bien qu'on puisse l'alimenter un peu plus. Sur ses instances, on le laissera lever aujourd'hui.

22 novembre. — Anthrax étendu de la région lombaire développé depuis huitaine de jours. T. modérée, autour de 38°; malade mange bien. Depuis 7 jours, urine en petite quantité par l'urètre. Furonculose à distance autour de l'anthrax. Hier, Nélaton arrêtée à l'angle péno-scrotal. Aujourd'hui, un instillateur à boule 16 donne sensation de rétrécissement en arrière de l'angle péno-scrotal et passe ensuite librement.

23 novembre. — Pour faire un lavage, on essaie d'introduire une Nélaton 15 qui est arrêtée à la partie antérieure de l'urètre. On passe une bécuille 16 à frottement; un peu de sang. Lavage boriqué et nitraté. Petite capacité vésicale. Une partie du liquide ressort par la fistule. L'état général serait bon, sans les furoncles.

30 novembre. — Depuis 2 jours, plus d'urine par la plaie (26 jours après l'opération).

1^{er} décembre. — Aujourd'hui, malade se sent un peu abattu. Appétit un peu diminué, teint un peu jaune, quelques troubles intestinaux. A uriné sans peine 5 ou 6 f. nuit dernière. Sonde conique olivaire 16 semble arrêtée dans loge prostatique. Résidu : 6 à 8 gr. Urine ainsi obtenue très trouble ainsi que l'eau du lavage. Capacité vésicale : 120 à 140 gr. Bécuille 14 arrêtée au même point.

4 décembre. — Malade ayant dormi artificiellement (Veronal 50 cgr.) s'est réveillé avec forte envie d'uriner. Canal a donné une urine un peu sanguinolente, un peu d'urine sortie par plaie.

7 décembre. — Fistule définitivement close (36^e jour).

12 décembre. — *Mictions* : 6 à 8 la nuit.

13 décembre. — Cette nuit, rétention complète ; 2 cathétérismes. Résidu : 0. Il sort 2 fragments de calcul, avec la sonde.

14 décembre. — Malade a uriné, cet après-midi, un gros débris sphacélé déjà incrusté de sels, dont l'évacuation a soulagé le malade et supprimé la rétention.

22 décembre. — *Mictions* : 12 en 24 h.; la nuit, 1100 gr. en 7 mictions; le jour, 600 gr. en 7 mictions. *Urine* : 1700 gr. en 24 h., de moins en moins trouble. Résidu : 15 gr. Il semble se trouver dans loge prostatique car on le ramène en tirant sur la sonde. Urine peu trouble, sans odeur; capacité : 220 gr. Une Nélaton 16 passe facilement. *Toucher* : Loge prostatique occupée par une surface indurée; au milieu, sensation de mollesse, de chaque côté, surtout à gauche. Il semblerait qu'on ait laissé un morceau de prostate.

23 décembre 1910. — Exeat. Il va bien. Bon état général.

4 mai 1911. — Etat général excellent. *Mictions* : 1 la nuit; le jour, 2 à 3; urine presque limpide. Léger disque d'A. *Toucher* : en avant, région déprimée; de chaque côté, surtout à gauche, même sensation que précédemment. Cicatrice assez bonne. Cathétérisme jugé inutile.

29 décembre 1911. — Le P. P. écrit au Dr Rafin qu'il jouit d'une excellente santé, et peut exercer son ministère de retraite et de missions, à 66 ans, aussi facilement qu'il le faisait à 50.

28 novembre 1912. — Le P. P. écrit qu'il urine 1 f. la nuit et 3 à 4 f. le jour, sans douleur, pour 2 lit. d'urine en tout. Très bon état général. Il a pu faire 6 missions tout en continuant son travail habituel, et se félicite chaque jour d'avoir subi une opération qui semble l'avoir rendu de 20 ans plus jeune.

OBSERVATION XXXVI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique complète. Urine purulente. Calculs vésicaux. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. Ligature du déférent gauche. Lavages par l'urètre. Fistule fermée le 46^e jour. Résidu nul. Ultérieurement, émission de plusieurs graviers phosphatiques. En mai 1913 : lithotritie.*

J. M., 75 ans, ancien employé, habitant à Saint-Etienne, entre à l'hôpital le 25 octobre 1910, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Rien à noter. Un enfant, bien portant.

Antécédents spéciaux. — Une blennorragie à 25 ans.

Affection actuelle. — Depuis 5 ans, point de côté à gauche qui a disparu depuis les cathétérismes, et les difficultés pour uriner ont augmenté. Finalement, rétention est devenue complète. Sondé le 1^{er} septembre dernier, par le Dr Merlin, avec Nélaton 13 (1^{er} cathétérisme), on retire 1/2 lit. d'urine bien purulente, hémattique, ammoniacale. Pendant 10 j., lavage quotidien. Un verre de résidu. Depuis lors, se sonde 9 à 10 f. en 24 h. Parfois quelques gouttes seulement.

Urine. — Fortement trouble. Polyurie : 2 lit. la nuit dernière. Albuminurie modérée.

Urètre. — Une boule 16 donne une sensation de rétrécissement en avant du scrotum.

Vessie. — Radiographie, par le Dr Arcelin, montre la présence de nombreux calculs.

Prostate. — Petite. Lobe droit entièrement lisse, mais lobe gauche présente 2 bosselures séparées par 1 sillon ; toutefois, consistance normale, rien n'autorise à penser à une dégénérescence.

Reins. — Non perçus, non douloureux. Ombre à la radiographie sur l'uretère gauche.

Testicules. — 0. Enorme hernie droite.

Etat général. — Appétit médiocre. Constipation. Soif.

5 novembre 1910 : PROSTATECTOMIE par Dr Rafin (Méthode Freyer). — Anesthésie à l'éther sans incident. Déférent gauche seul lié.

1^o *Taille hypogastrique* : on enlève 3 calculs vésicaux. 2^o *Ablation de la prostate* : décollement assez dur, mais rapide, d'une petite prostate adhérente dont le lobe médian seul est hypertrophié (gros œuf de pigeon). Hémorragie peu abondante. Tube Freyer. 2 points de suture. Prostate pèse 25 gr., dure dans l'ensemble ; ulcérations légères au niveau de la pointe du lobe médian.

Soins ordinaires : Tube enlevé après 48 h. ; puis drain ; lavage par le tube le 2^e jour, lavage par l'urètre après 48 h. Il sort des glaires sanguinolentes.

8 novembre. — Hier, laxatif et selle. Malade a eu un peu de T., se trouve un peu faible. Langue restée bonne.

22 novembre. — A commencé, hier, à uriner par le canal, en allant à la selle notamment. Lavage boricé et nitraté avec Nélaton 15. Liquide ressort en partie par fistule. Capacité vésicale, d'abord petite, augmente au cours du lavage.

Œdème rouge, mou, indolore, du tiers inférieur jambe gauche. Ni varices, ni A., ni fièvre.

28 novembre. — A uriné plus abondamment par l'urètre, mais il sort encore des débris par la plaie.

12 décembre. — Fistule pas encore complètement fermée, mais urine de plus en plus par le canal. Urine bien plus claire.

21 décembre. — Malade, qui éprouvait difficulté à uriner par l'urètre, a émis, hier soir, un assez gros débris sphacélé. Depuis lors, se trouve bien, urine sans difficulté. Léger suintement par la plaie.

24 décembre. — Depuis 21, pas nouveau suintement par la plaie. Il va bien. Fistule fermée 46^e jour après l'opération.

31 décembre. — Capacité vésicale : 175 gr. Résidu : nul. Urine peu trouble. *Mictions* : la nuit, toutes les h. 1/2. Le jour, toutes les 2 h. Quantité d'urine : la nuit, 2.000 gr. en 8 mictions. Il boit la nuit. Le jour, 500 gr. en 7 mictions. Jet satisfaisant. Œdème

des jambes diminué. Loge prostatique : on sent comme une toute petite prostate avec un sillon médian et 2 lobes, le lobe gauche plus saillant que le droit. Pas d'incontinence.

4 janvier 1911. — Exeat.

2 avril 1911. — Grippe très forte il y a 1 mois 1/2 ; depuis lors, il va bien. *Mictions* : 3 à 4 la nuit ; le jour, 1 à 2 ; l'après-midi, 4 à 5 f. Un peu de fréquence le soir. Selles normales. Cuisson en urinant. Il a émis 2 graviers assez gros depuis 1 mois, sans douleur rénale et, diverses fois, des débris de plâtras. Urine plus abondante la nuit, trouble. Albumine : 25 à 30 cgr. environ. Une boule 17 franchit le canal. Une Nélaton 16 ne peut passer. Béquille 16 passe. Résidu : nul. Sa hernie a augmenté.

14 octobre 1911. — A émis graviers irréguliers vers le 20 avril. Peu, depuis lors. *Mictions* : 2 la nuit ; le jour, 3 à 4. Jet excellent. Selles régulières. Urine fortement louche. A peu près plus d'A. Jet étant bon, on s'abstient de le sonder.

3 décembre 1912. — Ecrit état général très satisfaisant. Urine 6 à 8 f., quelquefois 10, dans la journée et 2 à 3 f. la nuit. Parfois légère cuisson au commencement et à la fin de la miction. Jet assez bon. Urine parfois claire, parfois moins limpide. Celle de la nuit plus trouble, avec un peu d'odeur. A uriné une huitaine de calculs depuis le 10 octobre 1911.

Mai 1913. — Malade, par suite d'accidents lithiasiques, revient à l'hôpital pour y subir la lithotritie.

OBSERVATION XXXVII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète sans distension. Urine trouble. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie au Bilroth. Ligature des déférents. Fistule fermée le 46^e jour. Résidu nul.*

G. J., 57 ans, habitant à Rive-de-Gier, entre à l'hôpital le 29 octobre 1910, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle ; 3 enfants dont 2 morts et 1 bien portant.

Antécédents spéciaux. — Une blennorrhagie.

Début de la maladie. — Il y a 10 ans qu'il urine plus souvent, mais sans douleur. Depuis 2 ans, mictions fréquentes ; parfois, pendant 15 jours, 7 à 8 mictions. Pendant l'été dernier, n'urinait qu'une fois ou 2 la nuit ; depuis 1 mois, 10 mictions la nuit, 24 la semaine dernière ; le jour, toutes les 2 ou 3 h. Se trouve mieux le jour que la nuit. Depuis 2 ans, souffre avant et après chaque miction. Efforts très violents pour amener la miction. Depuis 3 à 4 j., douleurs dans les reins.

Urine. — Louche ; 1.900 gr. en 24 h. ; ni S. ni A.

Urètre. — Nélaton 16 passe bien.

Vessie. — Résidu 170 gr. N'a pu uriner avant. Capacité 250 gr.

Prostate. — Comme une châtaigne, saillante, non bosselée, non dégénérée.

Testicules. — Un peu de liquide des 2 côtés.

Etat général. — Il n'a pas maigri.

4 novembre. — Malade, ayant uriné 1/4 d'h. avant, ne peut uriner de nouveau. On le sonde : 400 gr. d'urine dépolie.

5 novembre. — Résidu : 350 gr.

7 novembre. — Cette nuit, a uriné avec grande difficulté : 20 mictions pour 1 litre. On le sonde à 9 h. Résidu : 300 gr. Urine trouble. Sonde de Nélaton 16 à demeure.

8 novembre. — A passé une bonne nuit. Urine moins trouble.

10 novembre : PROSTATÈCTOMIE HYPOGASTRIQUE par Dr Rafin. Méthode Freyer. — Anesthésie au Bilroth. Ligature déférents. Lavage vésical au nitrate d'argent. Décollement un peu pénible de la prostate petite, mais très adhérente. Lobe moyen en gros croupion, à sillon médian. Enucléation en un seul temps. Tube Freyer. Mèches. 2 fils métalliques.

Prostate. — Lobes latéraux de volume normal. Gros lobe médian. Muqueuse un peu tomenteuse à ce niveau. Poids 28 gr. Consistance un peu dure. Lobules peu distincts, petits, fondus.

11 novembre. — Malade a eu de fortes envies d'uriner. Pas d'hémorragie appréciable.

16 novembre. — Ablation du drain.

23 novembre. — Ce soir, quelques gouttes par le canal. Plaie donne toujours un peu d'urine, au moment de la miction surtout.

10 décembre. — Malade perd toujours de l'urine par la plaie qui semble cependant fermée. Au moment de la miction seulement, il suinte quelques gouttes par une fistulette.

15 décembre. — Passe un peu d'urine par fistule de temps en temps. Urine peu trouble. 2 lit. cette nuit, en 3 mictions.

16 décembre. — Exeat.

5 janvier 1911. — Malade revient se montrer. Etat général assez bon. Faiblesse et tendance à la courbature. Fistule fermée le 26 décembre (46^e jour). *Mictions* : 3 la nuit pour 600 à 1.150 gr. 4 à 5 le jour pour 800 à 1.150 gr. *Urine* : limpide, pas d'A. *Loge prostatique* : on sent comme une toute petite prostate avec les 2 lobes, le gauche un peu plus net que le droit. Nélaton 18 passe bien. Pas d'incontinence, même en toussant. Au niveau ligature déférent droit, masse bosselée, dure, non douloureuse. Capacité vésicale : 300 gr. Résidu 0.

Génitalité. — Un rapport sexuel par mois avant l'opération. Erections même pendant le traitement à l'hôpital. Il n'a pas eu encore de rapports 55 jours après l'opération.

3 décembre 1912. — Malade écrit se porter très bien. Urine 5 à 6 f. le jour et 2 f. la nuit pour 1600 gr. Aucune douleur en urinant.

OBSERVATION XXXVIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Dysurie ancienne avec hématuries. Rétention brusque. Difficultés de cathétérisme. Urine purulente clarifiée par le traitement. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. Fistule fermée le 20^e jour. Phlébite des 2 jambes. Résidu : 18 gr. — Revu 2 ans et 2 mois après : Résidu nul.*

F. J., cultivateur, 59 ans, habitant à Saint-Maurice-l'Exil (Isère), entre à l'hôpital le 28 novembre 1910, pour hématurie.

Antécédents généraux. — Très bonne santé habituelle, pas d'éthylisme notable. 3 enfants bien portants. Ne tousse jamais.

Antécédents spéciaux. — Hématurie ; depuis 8 ans. Sang tantôt pur, tantôt mêlé à l'urine. Cathétérisme. Depuis 8 ans, hématuries peu fréquentes, actuellement 2 ou 3 f. par an. Au début, parfois toutes les semaines, tous les mois, très irrégulièrement. 2 fois, le malade expulsa un petit caillot ayant bouché l'urètre et procura un peu de dysurie. Hématuries nettement influencées, au dire du malade lui-même, par excès de travail ou des excès de table ; non provoquées par parcours en voiture. Complètement indolores. Jamais de douleur vésicale aiguë. Depuis 3 ans seulement, de temps à autre, gêne réelle de la miction, principalement quand il s'est retenu longtemps d'uriner, qq. gouttes tombent alors sur ses chaussures, mais il obtient une vraie miction en marchant un peu. Mercredi dernier, 23 nov., rétention absolue. Un médecin, appelé, le sonde, et continue 2 f. par 24 h. pendant ces 5 derniers jours Aussitôt son hospitalisation, Sondage et lavage. Sonde à demeure la 1^{re} nuit.

Mictions. — La nuit, 2 f. depuis 3 ans ; le jour, de 3 ou 4 à 20. Douleur à peu près nulle, sauf au moment de la rétention où elle a été violente.

Urine. — Résidu : 290 gr. purulent, trouble, mal odorant. Hématurie : urine légèrement teintée au 1^{er} sondage ; un peu de sang après l'introduction facile d'une Nélaton 18.

Prostate. — Volumineuse ; forme et consistance normales sans soupçon de dégénérescence.

Testicules. — A droite, il semble y avoir un peu d'épanchement ; à gauche 0.

Elat général. — Excellent, bon appétit, langue humide, période courte de constipation coïncidant avec la gêne de la miction et les hématuries. Gros embonpoint. Cœur normal. Pouls un peu hypertendu. Artères souples. Poumons normaux.

28 novembre 1910. — Mise à demeure, la 1^{re} nuit, d'une Nélaton 18. L'urine s'éclaircit sensiblement. Résidu de : 200 à 250 gr. pendant le 1^{er} jour de lavages et sondages. Mictions spontanées assez faciles, peu abondantes.

30 novembre 1910. — Urine limpide. Un peu de difficulté au cathétérisme. Nélaton ne passe pas. Béquille à demeure pas supportée.

3 décembre 1910. — En raison de ces difficultés, puis de la dysurie, des hématuries anciennes, on décide l'intervention.

PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Anesthésie à l'éther sans incident, à l'appareil d'Ombredanne. Décollement assez facile de la prostate, volumineuse, en 2 parties : lobe gauche, lobe droit avec lobe médian. Pas d'hémorragie considérable, bien que le malade soit un peu congestif. Lavage chaud, pansement. Tube de Freyer suffit comme longueur malgré l'embonpoint considérable du malade. Prostate enlevée, 105 gr. consistance normale. Lobulation assez nette. Un seul déférent, le gauche, a été lié; le droit, fuyant sous le doigt, et menaçant de prolonger trop longtemps l'intervention.

14 décembre. — Suites simples, malade va bien. Ce matin, se plaint de souffrir du mollet droit. La palpation y fait sentir de petites varicosités dures sous la peau. Pas d'œdème.

15 décembre. — Quelques gouttes par l'urètre.

16 décembre. — A uriné abondamment, mais non complètement par l'urètre. Œdème net, mais modéré de la jambe droite. (Traumatisme antérieur, du 20 octobre, à ce niveau.)

19 décembre. — Urine presque complètement par l'urètre. Œdème important de toute la jambe droite et, ce matin, le malade souffre un peu du mollet et du talon gauches.

24 décembre. — Phlébite nette de la jambe droite. Fièvre hier soir avec œdème de la jambe gauche. Douleur modérée. Depuis 2 j., fistule sus-pubienne complètement à sec (20^e jour).

31 décembre. — Phlébite droite a à peu près disparu. L'œdème a disparu. En revanche, il s'est accentué du côté gauche, et le membre est pris presque totalement. Il est très tuméfié, toutefois, pas doul. marquée. Peu ou pas de fièvre. Phlébite bénigne.

5 janvier 1911. — Œdème presque complètement disparu. T. redevenue normale. Urines se clarifient notablement. Mictions : la nuit, 2 à 3 f.; le jour, toutes les 2 ou 3 h., sans difficulté. Pas d'incontinence.

11 janvier. — Un peu de difficulté pour étendre complètement le genou droit. Urine trouble, odeur fade, acide. Résidu, 17 à 18 gr.

14 janvier 1911. — Un peu de liquide dans le genou droit qui est un peu sensible. On a du choc rotulien. Un peu de T., 38° depuis 2 j. Cependant, il est transportable et désire partir. Exeat.

30 janvier 1912. — Etat général excellent. Urine louche. Résidu nul. Nélaton 18 passe librement. Capacité vésicale, 380 gr., traces d'A. Cicatrice : un peu de tendance à l'éventration. *Mictions*, 2 la nuit, 5 à 6 le jour. Le jet est bon (61 ans). Pas d'œdème des jambes, mais sur face antérieure du tibia, des 2 côtés, une longue croûte.

Prostate. — Du côté gauche, on ne sent rien ; à droite, un petit noyau. Poids 102 gr. Jusqu'à présent, il a eu de l'œdème du pied, et voici seulement 1 mois qu'il peut marcher.

Génitalité. — A partir d'avril 1911, a pu avoir des rapports sexuels. Même sensation, mais pas de liquide spermatique.

7 décembre 1912. — Urine 2 f. par nuit, 5 à 6 f. le jour. Aucune douleur. 1/4 de lit. chaque fois d'urine très claire. Etat général bon, mais jambes toujours dans le même état.

OBSERVATION XXXIX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention chronique sans distension. Polyurie légère. Urine purulente. Calcul de la vessie. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie par injection. Abscès pelvien faisant saillie au niveau du scrotum à la fesse. Périnéotomie. Mort le 57^e jour. Autopsie.*

N. V., 61 ans, emboucheur, habitant à Arnay-le-duc (Saône-et-Loire) entre à l'hôpital le 6 décembre 1910, pour crise de rétention.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle. Veuf. 1 enfant.

Antécédents spéciaux. — Petits graviers il y a 2 ou 3 ans. Sondé par Dr Béraud une fois il y a 1 mois. Urine était déjà trouble.

Début de la maladie. — Il y a 3 ou 4 ans, douleur à l'aine et, à la verge, un peu de cuisson en urinant. Envie fréquente, surtout la nuit. Urine la nuit, sans s'en apercevoir, depuis 8 mois, un peu moins le jour. Depuis 3 semaines, va mieux. Plus de douleur à l'aine, il se mouille moins.

Etat actuel. — *Mictions* : le jour, 10 à 12; la nuit, toutes les heures. Il y a 1 an, malade souffrait dans sa voiture : douleurs dans vessie et verge, sans envie d'uriner.

Urine. — Pâle, purulente, fétide (odeur d'écurie); polyurie probable; A. en quantité modérée, pas de S.

Urètre. — Boule 16 passe librement.

Vessie. — Résidu : 300 gr. On ne peut introduire que 200 gr. de liquide dans vessie.

Prostate. — Hypertrophiée, saillante, ferme, non dégénérée. Sur muqueuse rectale, au-dessus du lobe gauche, on sent comme petite vérule dure.

Reins et uretères. — Les régions ne se laissent pas facilement déprimer.

12 décembre. — Malade, examiné au lit, donne la même impression due probablement à la résistance musculaire. Toutefois, on peut dire : à droite, 0. A gauche, pôle inférieur un peu perceptible.

Testicules. — Rien, sauf un noyau comme une petite noisette au niveau de l'épididyme droit.

Etat général. — Bon appétit; a soif depuis 6 mois.

7 décembre. — Entré à l'hôpital, a été sondé matin et soir. Résidu : 350 le matin, 450 le soir. Après sondage, reste 4 h. sans uriner. Sondé soir à 8 h. 1/2, a uriné à minuit, et puis 3 f. dans restant de nuit.

8 décembre. — Urine un peu moins trouble, toujours pâle, mauvaise odeur.

12 décembre. — Malade tousse depuis hier. Pas de fièvre. Pas de signes stéthoscopiques nets ni au cœur, ni au poumon.

Résidu à peu près stationnaire : 2 à 3 f. par j., 3 à 400 gr. Urine moins trouble, reste pâle. Polyurie modérée dépassant un peu 2 litres. Traces infimes d'A. Nélaton 16 passe facilement : un peu douloureuse à l'entrée de vessie. Pas de sang. Dans l'urine, ni globules rouges ni blancs.

13 décembre 1910. PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Pas de bas-fond en arrière de la prostate. Enucléation en un seul bloc. Urètre membraneux est coupé en bec de flûte en avant de la prostate. Il en a été enlevé 1 cm. 1/2 sur la plus grande longueur. Du côté du lobe gauche, le doigt, en décollant, éprouve une sensation grenue, comme s'il passait dans une masse néoplasique. Après l'ablation, on constate que cette sensation est due à la capsule propre épaissie. Au cours de l'opération, on a enlevé un gros calcul d'aspect urique avec une légère couche blanche, décelé d'ailleurs déjà par la radiographie (Dr Arcelin, 10 décembre). Prostate enlevée pèse 35 gr.

14 décembre. — Très peu d'hémorragie. Tube est sorti. On essaie le remplacer par un drain qui ne peut pénétrer dans la vessie. On n'insiste pas. Lavage par l'urètre sans sonde.

19 décembre. — Plaie étant un peu rouge et malade ayant fièvre, on fait sauter 2 fils de suture, et l'on trouve du pus. Malade très affaibli.

30 décembre. — Va beaucoup mieux. Fièvre tombée dès l'enlèvement de la suture. S'est mis à manger. Est un peu plus réveillé. Depuis 4 jours, a commencé à uriner par canal.

6 janvier 1911. — Frissons. Un peu d'œdème du prépuce ; funiculite nette à droite ; tuméfaction à la racine du scrotum. T. 39°. Appétit un peu diminué. Langue assez bonne.

9 janvier. — Même état. Par la pression sur la zone correspondant à l'orifice inguinal externe, on fait sortir du pus par l'orifice de la plaie.

10 janvier. — Incision d'abcès funiculaire au-dessus de la racine du scrotum avec contre-ouverture scrotale. (Sous-anesthésie au Bilroth). Il sort pus jaune très abondant. Drain en cercle faisant communiquer les 2 incisions. Le soir, fièvre très élevée, à 41°. Pouls à 132. Soif.

11 *janvier*. — Chute de la fièvre. Amélioration générale considérable.

13 *janvier*. — Amélioration persiste, quoique état général très médiocre. Langue encore sèche. Au-dessus arcade crurale droite, induration très manifeste qui, cependant, semble moins étendue et moins douloureuse qu'hier. Une petite plaque de sphacèle blanche, lisse, à bords nets, à partie inférieure du scrotum à droite.

14 *janvier*. — Plaque a augmenté. Incision de cette plaque, tissu cellulaire également sphacélé et infiltré. En somme, l'abcès était remonté en haut, au point où il avait été incisé et il était descendu dans les parties basses des bourses. Toujours même induration en haut, et langue sèche. Pas de fièvre. Plaie de l'opération ne s'épidermise pas. On voit un tout petit pertuis par lequel coule l'urine.

17 *janvier*. — Nouvel abcès au niveau du déférent gauche dans sa portion scrotale. Incision. Mèche.

24 *janvier*. — Sur interrogatoire pressant, malade habituellement apathique, indifférent, ne se plaignant de rien, dit qu'il a une « plaie aux fesses ». On trouve gros abcès sur la fesse droite. Incision au bistouri ; il sort grande quantité de pus crémeux, jaune (la T. était à 38° depuis 3 jours). Drain. Le soir, malade est soulagé.

30 *janvier*. — Le soir, T. à 39°1 ; frisson. Malade urine, devant l'infirmier, quelques gouttes par le canal. Un peu d'angine ?

31 *janvier*. — Ce soir, 38°. Malade, un peu abattu hier, est mieux aujourd'hui. Il urine un peu plus par canal.

3 *février*. — Ce matin, après 2 jours sans fièvre, T. à 38°5. Délire, pouls à 130. Incision périnéale sous anesthésie au Bilroth sans incident. Debridement et drains fessiers. Incision transversale du périnée. Décollement du rectum et du bulbe. On voit bomber la loge prostatique. Incision ; incision aussi d'un abcès situé en arrière d'elle et en haut. Il s'écoule un pus très épais. On débride en haut par le canal inguinal, et on arrive sur le péritoine qui est légèrement ouvert. Mèche. On revient au périnée. On élargit l'ouverture d'abcès et il coule un

flot de pus. Mèche. Il a également un abcès de l'oreille droite.

4 février. — Pas de fièvre marquée : 37°8 à 38°. Pouls assez bon à 104. Il ne veut rien prendre. Si on l'interroge, il se plaint de la gorge ; pas de ganglions, pas d'inflammation marquée, mais mucosité très épaisse qu'il faut enlever de force, le malade étant très indocile. Subdélire persistant. Il se plaint, depuis quelques jours, de l'épaule et du bras gauche dont l'inspection et la mobilisation ne montrent rien d'anormal. Il ne tousse pas. Rien de pleuro-pulmonaire. Il refuse de rien prendre.

7 février. — Mort, ce matin, dans l'adynamie, malgré le sérum.

Résultat de l'autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, pas de fétidité remarquable. Anses intestinales très météorisées sans aucune adhérence, sauf sous le foie. Péritonite sous-hépatique ancienne. Dans le Douglas, 2 cuillerées de pus jaune, épais, peu odorant. Le péritoine est, à ce niveau, lisse, normal, sans solution de continuité. Le pus vient de l'espace péri-vésical et des déférents dilacérés. Pus dans l'épiploon au voisinage de l'incision iliaque. On enlève les reins farcis de petits abcès de grosseur variée et dont le parenchyme est rouge, dur, enflammé. Les uretères sont fortement dilatés ainsi que le bassinet, surtout à droite. La loge prostatique, aux parois épaisses, modérément irrégulières, forme comme une seconde vessie. La vessie elle-même paraît assez saine.

Guérison opératoire. — Déférents et vésicules remplis de pus ainsi que l'espace recto-vésical. D'autre part, on voit sur le rectum, à 15 cm. environ de l'anus, une perforation large comme une pièce de 0 f. 50, entourée d'une zone noire, dure, épaissie (nécrose par embolie ou thrombose) qui ne correspond à aucune perforation du péritoine rétro ou sus-vésical.

OBSERVATION XL

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique ancienne, irrégulièrement soignée, avec un peu de distension. Urine infectée depuis longtemps. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale au Biltroth. Ligature des déférents. Abscès pelvique. Drainage par la voie périnéale. Phlébite des deux membres inférieurs. Mort d'infection.*

M. l'A. Ch., 57 ans, curé de P..., entre à l'hôpital le 28 décembre 1904, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — A 16 ans, on a dû lui appliquer un moxa parce que le malade était essoufflé. Dyspepsie. Entérite. Séjour à Vichy. Hémorroïdes depuis 18 ans.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Depuis 4 ans, difficultés pour uriner, surtout s'il n'urinait pas immédiatement. Un peu de douleur. Fin juillet, une seule hématurie. Souffrit alors un peu en urinant. Il n'avait pas eu de fatigue. Fin août, rétention complète. On dut le sonder pendant 8 jours, 2 f. par jour. Les 8 qui ont suivi, mictions très fréquentes et douloureuses.

Etat actuel. — *Mictions* : 3 à 4 la nuit, et plus. Ne dort pas. Toutes les heures le jour. Secousses n'influent pas. Pas de douleur.

Urine. — Acide, assez trouble, odeur forte. Ni S. ni A.

Urètre. — Boule 18 passe librement.

Vessie. — Après mictions de 100 gr., résidu 150.

Prostate. — Assez hypertrophiée; lobes nets, consistance sans bosselures.

Reins. — (Janvier 1911) : rein droit, non perçu, non douloureux. Rein gauche, un peu perçu (pôle inférieur seulement). Il ne paraît pas gros, non douloureux.

Testicules. — Un peu de liquide dans la vaginale gauche.

Etat général. — Appétit médiocre. Il est resté à Saint-Joseph en 1904, 4 à 5 j. seulement. On lui a fait des lavages. Depuis lors,

jusqu'en août 1910, ne s'est pas sondé. Urinait la nuit, tantôt 2 à 3 f., tantôt toutes les heures. Le jour, un peu moins, sauf les jours de fatigue. Fréquemment du sang, parfois tous les mois, parfois 2 à 3 f. par mois, parfois 2 à 3 f. par an. C'était à l'occasion de fatigues. Généralement urine trouble, parfois mal odorante.

7 août 1910. — Fait appeler le Dr Rafin pour une hématurie qui date de 3 j. et pour laquelle on a mis une sonde à demeure. Prostate assez grosse; le bord supérieur est dur, net, et donne un peu l'idée de dégénérescence. Toutefois, l'évacuation imparfaite et la rétention suffisent pour expliquer l'hématurie.

15 novembre 1910. — Il garde sonde à demeure pendant 5 jours. Deux jours après la visite, la sonde a été enlevée. Pas de sang, sauf à 2 reprises, quelques petites gouttes.

Mictions. — 1 à 2 la nuit; se sonde à 9 ou 10 h.; le résidu, étant en août de 7 à 800 gr., il se sondait 2 f. Ainsi jusqu'à fin août. Depuis, se sonde 3 f.; le matin vers 6 ou 7 h., vers 1 h. après midi, et le soir. Résidu varie entre 300 et 500 gr. Urine spontanée très peu abondante.

Prostate. — Assez grosse, forme et consistance normales; sur le lobe gauche, et en haut, un petit noyau; un autre plus net et plus gros sur le bord supérieur du lobe droit, mais mobile. Ce doit être un petit fibrome. En somme, prostate opérable.

Urine. — Assez trouble, sans odeur, ni A. ni S.

Cœur. — Souffle intense, systolique, se propageant vers l'aisselle. Lavage boriqué et faiblement nitraté.

2 janvier 1911. — S'est sondé 3 f. par j. Miction spontanée à peu près nulle. Sondé le soir à 8 h., il émettait quelques gouttes en se levant, à 7 h. matin. Ce matin, on a trouvé 800 gr. de résidu. Il aura la sonde à demeure la nuit. Lavage au nitrate d'argent assez faible.

5 janvier 1911. — *Intervention* : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). Anesthésie au Bilroth sans incident. Garniture de la vessie. Incision sus-pubienne. Décollement assez facile de la prostate. Enucléation normale. Lavage vésical très

chaud. Freyer. Mèches. 3 points de suture au fil métallique. Pansement. Hémorragie un peu supérieure à la normale. Prostata enlevée est grosse : 130 gr. On voit nettement les lobules. Un peu indurée à la coupe qui fait sourdre un liquide clair, opalin, comme du petit lait. Pas d'aspect de dégénérescence. Forme un cœur très net, avec cornes et lobe médian bien dessinés. Trois petites saillies nodulaires, l'une pédiculée au niveau des bords supérieurs. L'urètre membraneux a été respecté dans sa totalité. Injection d'environ 1 lit. de sérum. Grande faiblesse le soir. Fièvre à 39°. Pouls à 120. Langue peu humide, soif.

6 janvier. — Pas de frisson. Le malade, nullement abattu, se sent bien. Le soir, un peu d'abattement. Une potion de Todd caféiné remonte le malade.

8 janvier. — Un peu d'amélioration; digitale (infusion 30 cgr.) pendant 3 jours; pouls petit, rapide.

16 janvier. — T. a baissé progressivement les 11, 12, 13, 14 où elle est normale. A partir du 15, elle s'élève de nouveau, et malade se plaint d'une petite douleur au mollet gauche, mais il dit l'avoir eue depuis l'opération, et au début, à un degré plus élevé. Il n'y a pas de gonflement appréciable du mollet, mais un peu plus de douleur à la pression en arrière, d'œdème du pied et de saillie des veines de ce côté.

24 janvier. — La phlébite s'est accentuée à gauche, puis est apparue à droite. Fièvre vésicale autour de 39°. Appétit un peu meilleur. Plaie en bonne voie. Lavage facile, mais malade n'urine toujours pas par le canal.

2 février. — Chute progressive de la T. Œdème stationnaire. Même état urinaire.

9 février. — T. pas encore normale. Souffre un peu de la jambe gauche. Appétit assez bon. Langue bonne.

21 février. — Malade a uriné quelques gouttes par le canal au moment des lavages, depuis 4 j. Comme il y a 46 jours, pour hâter l'écoulement d'urine par le canal, on met une sonde à demeure (Nélaton 16). Il sort alors 160 gr. d'urine, comme du pus, sans odeur.

3 mars. — Sonde toujours maintenue à demeure car il y a

toujours une toute petite fistule. De plus, depuis longtemps, la pression au voisinage de la plaie, du côté droit, fait sortir par la fistule du pus épais, comme s'il y avait une fusée. Par le toucher rectal, on n'active pas la sortie du pus ; l'état général paraît s'améliorer, mais très lentement, et aussi le pus sort moins abondant. Malgré les fatigues et incidents, la langue est toujours restée bonne.

23 mars. — Plaie à peu près complètement fermée depuis 3 à 4 jours. Légère ascension de la température à 38°5, redescendue à 37°8 le soir. Arthrite avec épanchement du genou gauche assez douloureuse. Plaie bien fermée depuis le 21 mars, en 75 jours.

24 mars. — On enlève la sonde. Le malade urine bien.

25 mars. — Urine toujours bien. Résidu : 50 gr.

28 mars. — Aujourd'hui résidu nul.

10 avril. — Depuis hier, la fistule s'est un peu ouverte. Etat général stationnaire. Mange de façon satisfaisante.

4 mai. — T., qui avait semblé baisser ces jours derniers, remonte (39°). Bon état général. Il se lève. Le toucher rectal ne révèle rien. La fistule donne beaucoup de pus, mais la palpation ne permet pas de déceler un abcès pariétal. Urines sont purulentes.

10 mai. — Le Dr Rafin, par le toucher rectal, explore la région prostatique et ne trouve pas d'abcès. Explorant la cavité du pelvis, et, en particulier, la concavité du sacro-coccix, fait sortir du pus par la fistule en appuyant sur la face postérieure du rectum. Abcès de l'espace pelvi-rectal postérieur ou rétro-rectal. Débridement à travers le raphé ano-coccygien. Issue d'une quantité considérable de pus fétide et de débris sphacelés. Drainage par des mèches.

16 mai. — Les mèches ont été enlevées. Il reste un drain. La T. persiste et est à plus grandes oscillations qu'avant l'intervention. T. axillaire : 36°5 le matin, 39°5 le soir. Bon état de la plaie. Le thermomètre rectal ne révèle rien d'anormal et on ne fait pas sortir de pus par la fistule qui ne donne plus maintenant que de l'urine claire.

22 mai. — Mort. Depuis plusieurs jours, grandes oscillations. Pas de localisation. Puis le cœur faiblit, et mort très rapide.

OBSERVATION XLI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention chronique avec distension (ou vessie forcée). Urine limpide. Orchite droite. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature du déférent gauche. Fistule fermée le 26^e jour. Résidu persistant pendant quelques jours puis résidu nul.*

R. (ancien officier), 74 ans, habitant à Perrigny (Jura), entre à l'hôpital le 21 février 1911, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Il a eu les fièvres paludéennes, dans la Charente, pendant 15 mois, à 27 ans. Marié à 34 ans, sa femme est morte phthisique. Il est remarié. A eu 2 enfants qui sont souvent malades.

Antécédents spéciaux. — Une blennorragie à 25 ans qui lui a duré 8 ans.

Début de la maladie. — A toujours uriné la nuit; il y a 10 ans : 2 à 4 f. Il se sonde, depuis 12 à 15 j., sur le conseil du Dr Mermet, qu'il était allé voir uniquement parce qu'il perdait l'appétit, avait une soif intense et des vomissements. A ce moment, il urinait 8 à 10 f. la nuit, et presque autant le jour. Il en était ainsi depuis 1 mois 1/2, sans aucune douleur. Il avait de l'incontinence nocturne, depuis la même époque environ. Le Dr Mermet le sonde 1 fois (la 1^{re}) et trouve 1 litre 1/2 de résidu. Depuis lors, il se sonde 1 f. par j. et, depuis 6 j., 2 f. par jour. Quand il se sondait 1 f., il trouvait 1 lit 1/4 à 1 lit. 1/2, et restait 8 h. tranquille. Après quoi, urinait toutes les 1/2 h. Depuis qu'il se sonde 2 f., il n'urine plus et a à peine quelque envie.

Urine. — Limpide. A. environ 10 cgr. Culot : quelques cocci, très rares globules blancs; pas d'hématies, pas de cylindres.

Urètre. Nélaton 18 passe bien.

Vessie. — Résidu 1200 gr.

Prostate. — Modérément hypertrophiée; forme normale, un peu molle, pas de lobules.

Reins. — Non perçus.

Testicules. — Droit, orchite subaiguë récente.

Etat général. — Un mois avant le 1^{er} sondage, appétit perdu, soif ardente, il buvait beaucoup et souvent. Depuis qu'il se sonde 2 f., se trouve très bien. Jamais d'accès de fièvre. Jamais pris sa T. Rien au cœur, un peu irrégulier; rien au poumon. Langue bonne. Il semble qu'il ait 85 à 90 chances % de guérison.

Génitalité. — N'a pas eu de rapports depuis l'âge de 52 ans.

23 février. — *Intervention* — PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Anesthésie au Bilroth sans incident. Ligature et section préalable du déférent gauche. On laisse en place le droit à cause de l'orchite. Incision hypogastrique de 10 cm. Incision de la vessie que l'on vide en débouchant la sonde avec laquelle on y avait injecté une solution faible de nitrate. Enucléation assez facile d'une prostate de consistance moyenne, assez lisse, à lobe moyen, bien dessiné, mais peu saillant. Mise en place du Freyer. Hémorragie modérée. Lavage à 45° environ. Suture, par 3 points métalliques, de la moitié supérieure de l'incision; mèche au-dessus et au-dessous du tube. Prostate 40 gr., plutôt un peu molle. Lobes assez lisses. Nulle apparence de dégénérescence.

25 février. — Suites simples; hémorragie modérée le soir de l'opération; température et pouls normaux; langue assez humide.

3 mars. — Il va bien. Tube remplaçant le Freyer est enlevé. Il a eu un peu de hoquet, mais langue bonne, il recommence à prendre appétit.

6 mars. — Ablation des fils, il sort un peu de pus derrière eux.

8 mars. — Urine sanglante hier et aujourd'hui, après l'ablation des fils.

11 mars. — Encorè un peu de sang dans l'urine. T. à 38°. Bon état général.

20 mars. — Plaie se fermant de plus en plus, malade se lève. mictions spontanées abondantès; depuis, mictions normales 4 f. par jour.

21 mars. — Plaie bien fermée (26^e jour). Etat général excellent. Bon appétit.

24 mars. — Résidu 250 gr. 1/2 h. avant la miction. *Mictions* : 2 à 3 la nuit, 4 le jour; très faciles. Capacité 320 gr. Région prostatique plate et dure.

27 mars. — Pas de résidu.

29 mars. — Résidu 0. On a sondé 5 à 6 f. le malade. *Mictions* : 2 à 3 la nuit, 2 à 3 le jour. Urine encore assez trouble. Etat général excellent.

25 octobre 1911. — Etat général excellent. *Mictions* : 3 à 4 la nuit, de 8 à 6 h. du matin. Le jour, 4. Jet parfait, mais un instant après, il en ressort encore un peu.

Génitalité. — Pas de rapports depuis l'opération; il n'en avait d'ailleurs pas, depuis l'âge de 50 ans.

Urine. — Trouble, peut-être un peu mal odorante. Capacité vésicale : 280 gr.

Prostate. — Surface absolument plate et dure; cicatrice : Pas d'évémentation, pas dure.

11 décembre 1912. — Il écrit qu'il urine 4 à 5 f. la nuit, et le jour, 5 à 6 f. sans douleur. Jet bon. Urines très claires. Quantité d'urine : 2 litres en 24 h. Se relie très bien d'uriner. Depuis nombre d'années, aucun rapport sexuel, mais il a, quelquefois, par suite de rêves, des pertes séminales qui le fatiguent pendant quelques jours.

OBSERVATION XLII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique sans distension. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Fistule fermée le 20^e jour. Résidu nul.*

D., 67 ans, habitant à Rive-de-Gier, entre à l'hôpital le 20 novembre 1910, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Dyspeptique depuis 30 ans; bronchite tous les hivers depuis 10 à 15 ans. Une fluxion de poitrine il y a 20 ans. Fièvre typhoïde en 1869.

Antécédents spéciaux. — Une seule hématurie il y a 20 ans, après une marche à la campagne.

Début de la maladie. — Depuis 15 ans, une miction la nuit. Il dort peu, et maintenant urine, la nuit, 4 à 5 f., parfois plus. Depuis 1 mois, hémorroïdes qui saignaient avec mictions plus fréquentes, puis brusquement impossibilité d'uriner. Dr Daclin le sonde le soir même. Souffrait beaucoup depuis 8 jours, car mictions étaient de plus en plus difficiles. On lui sort peut-être 2 lit. d'urine, probablement claire. Le Dr Rafin le voit 6 jours après. On le sondait 2 f. Urine très purulente. Depuis on le sonde 4 fois.

Urine. — A. 0.

Reins. — On les sent un peu.

Cœur. — Normal.

Poumons. — Râles de bronchite aux 2 bases. Sibilances.

21 février. — Rétention presque complète. N'urine pas le jour, parfois un peu la nuit. (On le sonde à 10 h.). Un peu d'urine le matin. Appétit, très mauvais, est un peu revenu. Résidu : 260 gr. Capacité : à 380 gr., il ressent un peu le besoin d'uriner. Urine : Très modérément trouble. Culot : Peu de globules blancs, pas de rouges. Poumon : Encore quelques petits râles à gauche. Appétit bon. Mange de tout. A bien repris. Testicules : 0. Peut-être une petite induration à la queue de l'épididyme droit.

Prostate : Modérément hypertrophiée. Pas de bosselures bien saillantes. A noter : Une radiale très athéromateuse.

28 février. — Malade est rentré hier matin. Urine trouble, fortement bactérienne. Ce matin, elle est d'un beau jaune ambré, avec un petit dépôt. *Poumon* : Quelques sibilances. *Urine* : Culot : nombreux globules de pus, pas globules rouges, cocci en bâtonnets en quantité modérée.

2 Mars. — Urine souvent louche, d'aspect bactérien et un peu odorant.

PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE. (Dr Rafin). — Anesthésie au Bilroth. Ligature et section des déférents. Décollement particulièrement pénible de la prostate. Difficile de trouver bon plan de clivage. Il semble que, d'abord, l'index traverse l'aponévrose de Denonvillers, et aille jusqu'au tissu cellulaire prérectal. On essaie l'onglet de Pasteau avec lequel on décolle l'aponévrose, puis on l'abandonne comme trop brutal. Enucléation de la prostate en 2 parties. Hémorragie très modérée. Prostate pèse 40 gr., de consistance dure. A la coupe, aspect adénomateux par places, à d'autres, aspect fibreux.

6 mars. — Tube Freyer remplacé par drain. Lavage urétral. La T. qui, au début, était montée à 39°, redescend nettement. Il tousse toujours un peu.

9 mars. — Tousse encore. Chute de T. Point de côté à droite dans la région lombaire. On sent le pôle inférieur du rein droit.

13 mars. — Ablation des fils. Plaie en assez bon état. Un peu de décollement du tissu cellulaire. Drain enlevé hier.

23 mars. — Urine par le canal. Fistule fermée. Pas de fièvre.

31 mars. — Cathétérisme très facile avec Nélaton 16. Résidu 0. Capacité vésicale : 280 gr.

Toucher. — Région prostatique plate et peu dure. Une induration du canal déférent droit constatée, il y a 2 ou 3 j., a nettement diminué.

15 juin 1911. — A repris sa bronchite en rentrant chez lui et a dû garder la chambre 3 semaines.

Mictions : la nuit, 6 pour 1 lit.; dort mal. Le jour, urine moins souvent. *Urine* : limpide, avec petits points blancs. S'est parfois

mouillé en toussant. Il y a 15 j., en dormant, a uriné involontairement. Depuis lors, ne se mouille presque pas. *Prostate* : On sent, de chaque côté, comme un tout petit noyau. Appétit suffisant.

9 janvier 1913. — Malade écrit que son urine est claire et colorée. Urine souvent, dans le jour, pour 1/2 verre à vin chaque fois; la nuit, 5 à 6 f., pour 3/4 de litre. Il ne souffre pas en urinant, mais éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre. Constipé, pas beaucoup d'appétit.

OBSERVATION XLIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention ou dysurie. Urine limpide. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale au Bilroth. Ligature des déferents. Fistule fermée le 15^e jour. Résidu : 60 gr.*

B. J.-M., cultivateur, 64 ans, habitant à Thurins, entre à l'hôpital, le 6 mars 1911, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Bonne santé. Dysenterie à 14 ans. Une fille de 28 ans.

Antécédents spéciaux. — Gravières; un peu de sable l'an dernier.

Début de la maladie. — Depuis 15 à 20 ans, urine plus souvent. Il y a 3 ans que cela a augmenté, après excès de boisson; un peu de douleur à l'anus. La selle le soulage. Il y a 20 mois, encore après excès de boisson, envie fréquente d'uriner. Depuis 15 mois, un peu de douleur en urinant. Allait à la selle quand il voulait uriner. Depuis peu, mictions plus fréquentes, le matin, en se levant. Urine plusieurs fois par jour. Il est réveillé, la nuit, par une douleur au bas-ventre. Il se lève, se promène et alors, va mieux.

Etat actuel. — *Mictions* : 5 à 6 la nuit; toutes les 1/2 h. le jour.

Urine. — Limpide. Ni S. ni A.

Prostate. — Peu hypertrophiée; ferme, de consistance normale.

Testicules. — Un peu d'épanchement des 2 côtés.

Elat général. — Appétit diminué depuis 15 jours. Soif depuis 3 semaines. On lui propose la prostatectomie d'emblée.

16 mars 1911. — PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). Anesthésie au Bilroth sans incident. Ligature et section des déférents gros et un peu durs. Incision médiane de la paroi hypogastrique, l'interstice musculaire est reporté à 1 cm à gauche, probablement par la pression de la vessie distendue remontant très haut. Incision de la vessie. L'urine sort sous pression. Décortication assez facile de la prostate avec l'ongle. Elle est énucléée dans sa totalité. Lavage vésical par la plaie avec une canule vaginale en verre. 3 points de suture métallique. Tube Freyer. Pansement. Hémorragie modérée. *Prostate* : volumineuse, 70 gr. Lobules bien dessinés, un peu saillants à la surface, très saillants à la coupe qui laisse échapper une assez grande quantité de liquide grisâtre, opalin; de consistance un peu molle, plus ferme après la coupe.

23 mars. — Tube enlevé le 20 mars. Suites très simples. Ni fièvre, ni hémorragie.

31 mars. — Plaie en bon état. Un peu de fièvre depuis 2 jours (lavage par l'urètre). On supprime ce lavage, plaie complètement fermée ou à peu près (15^e jour). Sonde à demeure.

2 avril. — Ablation de la sonde à demeure; plaie étanche.

5 avril. — A uriné de façon satisfaisante. Résidu : 60 gr. Capacité : 350 gr.

8 avril. — Exeat.

15 décembre 1912. — Revient se montrer. *Mictions* : 3 à 6 la nuit et pour 1 lit. Le jour, toutes les 1/2 h. Urine très claire. Pas de douleur en urinant. Jet pas très fort. Aucune incontinence. *Elat général* très bon. Pas d'A.

Prostate. — Au toucher rectal, loge prostatique vide, plate et souple.

Génitalité : tous les 15 jours, mais n'a presque plus de liquide, sensation un peu diminuée.

OBSERVATION XLIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Début en décembre 1904. Augmentation progressive. Distension modérée. Hématurie. Cathétérisme. Infection. Cathétérisme pendant 3 mois. Prostatectomie sus-pubienne.*

D., 60 ans.

Antécédents généraux. — 7 enfants. Marié à 32 ans.

Antécédents spéciaux. — 2 blennorragies à 22 ans 1 à 2 mictions sanguinolentes. Pas d'orchite.

Début de la maladie. — Il y a 4 à 5 ans, augmentation des mictions, principalement la nuit. Puis état stationnaire. Jet encore assez fort en 1904.

1904 : *Mictions* : toutes les 2 h., le jour et la nuit.

Urines. — Limpides. 1 lit. en 24 h. Ni S. ni A.

Vessie. — Après une miction de 250 gr.; résidu 200 gr. Capacité vésicale : 300 gr.

Prostate. — Modérément augmentée. De consistance charnue, sans bosselures.

Etat général. — Bon; un peu de soif.

27 décembre 1904. — Résidu : 160 gr., limpide, dernières gouttes un peu sanguinolentes.

Février 1907. — Va bien. Amélioration.

19 juin 1910. — Résidu : 320 gr., un peu d'incontinence nocturne. *Mictions*, 2 à 3 la nuit. *Uriné*, un peu dépolie. En somme : rétention incomplète, lente, progressive, avec tendance à la distension.

7 décembre 1910. — Un peu de sang dans les urines.

3 janvier 1911. — Résidu : 800 gr. Lavages boriqués. On conseille la prostatectomie.

5 janvier. — Fièvre à 39°. On fait toujours des lavages. Urine trouble, purulente, contenant du sang en assez grande quantité.

24 janvier. — Urines restées troubles, purulentes. On a placé la sonde à demeure pendant 3 jours de suite.

24 mars. — Pendant 3 mois, urines demeurées toujours troubles, albumineuses, purulentes. Traité par lavages et sonde à demeure. Résidu variant de 150 à 400 gr. Etat général assez bon. On se décide à pratiquer la prostatectomie.

25 mars 1911. — PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE. — Ligature des déférents; décortication aisée, rapide, pas d'hémorragie. A la coupe du lobe droit : pas d'abcès. Liquide blanc, laiteux, assez abondant. Aspect fibreux. Adénome. Poids 20 gr. Freyer laissé 3 jours; remplacé par un drain.

28 mars. — Lavages par l'urètre. Un peu de sang.

29 mars. — On supprime le drain.

9 avril. — Fistule fermée le 15^e jour. Exeat.

3 octobre 1912. — Malade a bien été après son opération, a beaucoup repris. Etat général excellent. Au *toucher rectal* : petite prostate de forme et de consistance normales.

Urine. — Louche; pas d'A. Résidu : 20 gr. Mictions : 1 à 2 la nuit. Le malade urine très facilement.

OBSERVATION XLV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète avec légère distension. Urine modérément trouble. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale.*

Père F. L. (Jésuite) habitant à Dôle (Jura), entre à l'hôpital le 28 mars 1911, pour troubles de la miction et incontinence d'urine.

Antécédents spéciaux. — A été sondé, il y a 3 ou 4 ans, 1 fois, par le Dr Sulbrot, la vessie était presque vide.

Début de la maladie. — Depuis 10 ans, difficulté d'uriner. Depuis 4 à 5 ans, 3 à 4 mictions la nuit et quand il se lève, l'urine sort involontairement, sans sentir le besoin; ceci est constant, mais avec des variantes. Dans la journée, besoin plus fréquent, et même perte d'urine que dans la nuit.

Etat actuel. — *Urine* : modérément trouble. Ni S. ni A.

Vessie. — Résidu : 500 gr.

Prostate. — Peu hypertrophiée, saillante, noyau dur sur le bord supérieur droit. Consistance un peu inégale.

Testicules. — Un peu de liquide des 2 côtés. Petite masse sur la tête des épидидymes des 2 côtés, surtout à gauche, mobile, peut-être kystique.

Etat général. — Langue sèche depuis 1 an. Un peu de douleur dans les reins. Il aurait eu une affection cardiaque. Il a des vertiges. Obésité modérée. En somme, état laisse à désirer.

2 avril. — Urine limpide, jaune, ambrée ; ni S. ni A. Résidu : 600 gr.

4 avril : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE. — Technique habituelle. Enucléation très facile de la prostate. Hémorragie modérée. En somme, opération d'une très grande simplicité.

6 avril. — Mort subite dans la nuit du 5 au 6, sans perte de connaissance préalable ; un peu d'agitation : T. 37°8 ; pas d'hémorragie ; dyspnée vive et progressive pendant 4 h. Il ne s'est pas plaint de point de côté. Myocardite ? Œdème pulmonaire ?

OBSERVATION XLVI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique aiguë récente. Urétrite par cathétérisme et difficulté de cathétérisme. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale au Bilioth. Ligature des déférents. Fistule fermée le 19^e jour. Résidu : 10 gr.*

Z. J., cordeur, 63 ans, habitant les Guillemottes, Vienne (Isère), entre le 16 mai 1911, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle.

Antécédents spéciaux. — 0.

Début de la maladie. — Jusqu'à il y a 10 jours, 1 à 2 mictions la nuit. A ce moment, après un dîner, rétention brusque. Depuis

lors, le Dr Vivien le sonde, en moyenne, 2 f. par jour. La rétention est complète.

2 juin 1911. — Malade sondé 4 f. par jour. Sonde à demeure la nuit, mal tolérée depuis quelques jours. Un peu d'urétrite et difficulté pour le sondage.

Prostate. — Modérément hypertrophiée, ferme, de consistance normale.

Urine. — Urine peu trouble. Un peu d'A.

Urètre. — Nélaton 18 passe.

Vessie. — Sondé 2 f. par jour. Capacité : plus de 400 gr.

Testicules. — Induration de la queue de l'épididyme du testicule gauche.

Elat général. — Langue blanche. Parfois un peu de fièvre.

3 juin : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Anesthésie au Bilroth sans incident. Ligature des déférents. La muqueuse vésico-prostatique est dure, et se laisse difficilement entamer. La prostate est extraite en 2 lobes réunis par un lobe moyen, recouvert de la muqueuse urétrale. Lavage. Tube de Freyer. Mèche dans la cavité de Retzius. 2 fils de suture au-dessus du tube. Hémorragie assez abondante. Poids 24 gr.

6 juin. — Drain de Freyer enlevé et remplacé par un drain plus petit.

22 juin. — Le malade dit ne plus se mouiller depuis cette nuit.

25 juin. — Résidu : 10 gr., peu trouble. Capacité : 210 gr.

Prostate. — On sent comme 2 petits lobes. Une Nélaton 16 passe comme serrée par le méat. Il dit uriner facilement au commencement de la miction, puis cela traîne un peu.

Mictions. — Le jour, 1 litre en 5 mictions. La nuit, 1 litre 300 en 6 mictions.

25 octobre 1911. — Il revient se montrer. Un peu d'induration du cordon droit. Un peu de tendance à l'éventration. Etat général bon. Le malade se plaint que lorsqu'il urine, le jet s'arrête brusquement pour reprendre ensuite. Un explorateur à boule n° 16 passe, après un arrêt net dans l'urètre périnéal, en un point où le doigt périnéal et le doigt rectal ne le sentent pas.

Dans les mouvements de va-et-vient, l'explorateur passe librement en donnant seulement un petit ressaut. *Toucher rectal*: On sent comme une prostate normale. Par le toucher combiné, la vessie paraît vide. *Mictions*: 2 à 3 la nuit; 3 à 4 le jour. Urine louche dans un seul verre.

Génitalité. — Le malade dit avoir eu un rapport sexuel 1 mois après, et 2 ou 3 depuis. Interrogé, il déclare que tout s'est passé normalement. Mais il peut donner peu d'explications, s'exprimant très mal en français.

6 décembre 1912. — Ecrit qu'il urine bien, sans douleur, 4 f. le jour, 1 f. la nuit. Urine claire, en quantité normale; 1 rapport sexuel par mois, lenteur de l'éjaculation.

OBSERVATION XLVII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ: *Une crise de rétention aiguë passagère, antérieurement. Deuxième crise récemment. Urine louche. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature d'un seul déférent. Fistule fermée le 18^e jour. Résidu : 30 gr.*

D. C., 58 ans, cultivateur, demeurant à Thurins (Rhône), entre à l'hôpital, le 24 mai 1911, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle.

Antécédents spéciaux. — Sondé 1 f., il y a 5 ans, pour rétention à la suite d'un bon dîner. Depuis, urinait 2 à 3 f. la nuit. La pollakiurie est venue tout d'un coup ces derniers temps:

* *Affection actuelle*. — Depuis une quinzaine de jours, difficulté pour uriner. Mictions fréquentes et peu abondantes. Jeudi dernier, le Dr Desthieux le sonda assez aisément. Hier, il ne put y parvenir. Dans la nuit, il urine une trentaine de fois et souffre beaucoup. Il entre à l'hôpital:

Mictions. — 20 la nuit.

Urine. — Un peu louche, pâle, sans odeur, un peu fade, présence d'A.

Urètre. — Une boule 14 franchit l'urètre antérieur et est arrêtée dans la traversée prostatique.

Vessie. — Résidu : 500 gr.

Prostate. — Irrégulière, suspecte. Après un cathétérisme, encore un peu suspecte. Volumineuse, sillon assez mal perçu; consistance très ferme, pas de petits noyaux, mais légère voussure sur le lobe gauche. 26 mai 1911 : On constate qu'il y a un sillon médian et que les 2 lobes sont très saillants, mais pas de signe de dégénérescence. — 2 juin : nouveau toucher. Pas d'impression de dégénérescence.

Testicules. — Epanchement léger à gauche, un peu plus fort à droite.

2 juin. — Malade sondé 4 f. par jour. Un peu polyurique (3 litres), il a bon appétit; résidu stationnaire; l'urine est limpide, pas d'A., langue passable.

3 juin. PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Anesthésie au Biltroth sans incident. Ligature du déférent droit n'a pu être faite parce qu'il y avait du liquide dans la vaginale de ce côté. Ligature du déférent gauche. Prostate s'énuclée assez facilement mais après décollement, on s'aperçoit qu'il reste 2 noyaux de chaque côté au ras de l'urètre. On les enlève. De cette façon, ablation complète et prostate réduite en 4 morceaux. L'opération s'est faite sans incident, ni lésion de l'urètre. A la coupe, aspect lobulé. Drain de Freyer. Hémorragie modérée.

6 juin. — Drain enlevé et remplacé par un drain plus petit.

14 juin. — Drain tombé.

17 juin. — Malade a uriné 2 ou 3 f. cette nuit par le canal.

18 juin. — Un peu de fièvre. Il prétend avoir eu une indigestion par ingestion d'eau. Presque toute l'urine passe par le canal.

22 juin. — Plaie étanche le 18^e j. après l'opération.

25 juin. — *Mictions* : la nuit, 5 pour 2 litres. Le jour, 4 à 5 pour 1 litre 30. Résidu : 30 gr., un peu trouble. Un peu d'A. Capacité : 130 gr. Une Nélaton 16 passe facilement. *Toucher* : On sent comme une petite prostate bien nette, à lobes bien distincts. Etat général bon.

12 décembre 1912. — *Mictions* : 9 à 10 le jour, 2 la nuit. Pas de douleur, pas d'incontinence. Urine très claire. *Prostate* : On sent dans la loge prostatique une masse ressemblant à une prostate normale et présentant même un sillon médian, mais sans bosselures et signes de dégénérescence.

Génitalité. — 2 à 3 rapports normaux ; émission de sperme ; même sensation.

OBSERVATION XLVIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Lithiase urinaire. Calculs vésicaux. Rétention chronique incomplète. Prostatectomie hypogastrique. Onze calculs vésicaux. Hémorragies post-opératoires. Fistule fermée le 33^e jour. Examen histologique : épithélioma métatypique, deux mois après l'opération.*

S., 63 ans, ingénieur au P.-L.-M., habitant au Puy, entre à l'hôpital le 8 juin 1911, pour dysurie.

Antécédents généraux. — Fièvre typhoïde en 1870 ; un fils de 35 ans.

Antécédents spéciaux. — 1^{re} crise de coliques néphrétiques ; ni sang, ni gravier, il y a 4 à 5 ans ; 2^e crise 4 à 5 mois après ; 3^e crise il y a 3 jours. Les 2 premières étaient caractérisées par une douleur à l'hypogastre ; la 3^e localisée à droite avec une irradiation le long du canal.

Affection actuelle. — A été sondé par le Dr Vennin, il y a 15 j. Depuis une quinzaine de jours, le malade urine souvent. Il dit ne pouvoir rester plus de 2 h. la nuit sans uriner.

Mictions : Urine toutes les heures, la nuit, depuis 4 à 5 mois ; le jour, toutes les 2 h. Marche et voiture influent nettement. A toujours uriné 2 f. la nuit.

Urine. — ni S. ni A.

Urètre. — Boule 18 passe librement, un peu serrée à partie postérieure de région prostatique.

Vessie. — Résidu net : 80 gr. Capacité 180 gr.

Prostate. Un peu augmentée de volume, consistance très ferme, lobe gauche paraît un peu plus dur, pas de bosselures, de grains de plomb ni de cornes. Avant l'opération, l'hypothèse de dégénérescence a été longuement et fortement discutée en raison de la dureté.

Testicules. — Gauche et droit 0. Un peu de varicocèle à droite depuis 20 ans environ.

Etat général. — A 25 ans, il a souffert beaucoup du rein avec difficulté de la marche. On trouve, à la région lombaire, une gibbosité manifeste, quoique peu marquée.

8 juin 1911. — Tentative de cystoscopie. Le cystoscope est arrêté à la prostate. Stovainisation de la vessie : 15 cgr. Exploration avec l'explorateur métallique de Guyon. A 3 reprises différentes, on a la sensation de calculs et on entend un tintement métallique.

15 juin. *Intervention* (Dr Rafin). — Anesthésie au Bilroth. *Taille hypogastrique.* Le doigt, introduit dans la vessie, trouve une nichée de calculs plats, en galets. On en compte 19 ou 20 dont les plus gros ont le diamètre d'une pièce de 0 f. 50, et les plus petits, un peu plus gros qu'une lentille.

PROSTATECTOMIE — Prostate se laisse assez bien décortiquer, mais tient surtout par l'urètre. On parvient néanmoins à l'en séparer, sans instrument tranchant. Prostate pèse 28 gr. Il y a 11 gr. de calculs.

22 juin. — Hier, légère hémorragie. Malade souffre du besoin d'uriner quand on fait un lavage un peu fort.

30 juin. — Hémorragie assez importante. Malade urine un peu par l'urètre. Fièvre. L'orifice est dilaté avec le doigt. Un drain placé ne tient pas.

1^{er} juillet. — Encore un peu de sang.

2 juillet. — Hémorragie arrêtée.

5 juillet. — On dilate l'orifice avec le doigt. Nouvelle hémorragie pendant la nuit. Arrêt spontané.

10 juillet. — Sonde a peine à passer par méat hypogastrique. On cesse lavages.

13 juillet. — Va bien. Plus de sang. Sonde à demeure.

17 juillet. — Sonde enlevée. Plaie étanche (33^e jour).

20 juillet 1911. — Cathétérisme aisé avec Nélaton 16. Résidu : 0. Capacité vésicale 100 gr. Urine encore assez trouble. Région prostatique plate offrant une résistance très forte, comme s'il y avait une masse.

24 août. — Etat général : bon. Urine ne laisse à peu près rien à désirer. Seulement un peu dépolie. A. : 0. Nélaton 16, ni béquille 16 ne passent. Une boule franchit, avec un peu de frottement en avant de la prostate, et est arrêtée en un point qui paraît être la barre prostatique. *Toucher* : à droite, région aplatie, peu dure ; à gauche, un peu plus saillante. Elle se termine en haut par un bourrelet épais et dur. En somme, à surveiller au point de vue d'une récédive.

6 février 1912. — *Prostate* : à gauche, lobe aplati, dur ; à droite, de consistance normale. Malade a envie d'uriner tous les 3/4 d'h. Aucune sonde ne passe par l'urètre. La sonde hypogastrique est remplie d'incrustations et on a une certaine difficulté pour l'enlever. L'état général est bon.

6 août 1912. — Sonde de Pezzer enlevée le 1^{er} mai. Quatre semaines après, plaie étanche. Depuis lors, on sonde le malade 2 f. par jour et on fait un lavage boriqué. Nélaton 15 passe parfois difficilement. Résidu : 7 à 8 gr. *Mictions* : la nuit, toutes les heures 1/2 ou les 2 h. Le jour, tantôt tous les 1/4 d'h., tantôt il attend 1 h. 1/2 ; parfois beaucoup, parfois peu d'urine. T. autour de 38°, quelquefois à 39°. Douleur à la région lombaire descendant à l'aîne quand le malade se lève. Rein droit perçu un peu gros. Rein gauche 0. *Prostate* : Ne forme pas une masse bien considérable, mais on sent quand même une petite masse avec 2 ou 3 petits grains dans la partie inférieure. Malade éprouve douleur assez vive dans fosse iliaque droite et a de la difficulté à étendre la jambe.

10 août. — On lui a fait une néphrotomie lombaire gauche.

22 septembre. — Exeat. Il est guéri de cette opération.

12 octobre. — Le malade revient. *Mictions* très fréquentes ; la nuit, toutes les heures ; le jour, toutes les 1/2 h., et quelquefois

plus souvent. *Urine* : trouble quand le malade marche, claire la nuit. Douleur intense. Sensation de douleur très vive à la miction. Sensation de piquûre aussi dans la vessie. Quand le malade urine ou fait des efforts pour uriner, il dit éprouver la sensation d'un calcul roulant près du col de la vessie. Marche ou voyage par chemin de fer lui causent de la souffrance. Résidu 25 gr.

19 octobre. — LITHOTRITIE. — On profite de l'anesthésie pour examiner la vessie au cystoscope, et on constate des incrustations à la partie inférieure de la vessie. On fera des lavages.

26 octobre. — Il quitte le service en bon état,

28 décembre 1912. — Ecrit qu'il va bien. Une sonde Nélaton 22 passe bien. Presque pas de résidu quand il urine debout.

OBSERVATION XLIX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète sans distension. Urine infectée. Poussées de cystite. Débris de graviers phosphatiques. Traitement irrégulier. Opération 12 ans après le début des accidents. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie au Biltroth. Ligature des déférents. Lavages par l'urètre. Accidents d'infection locale et générale. Nécessité de dilater la plaie hypogastrique pour permettre les lavages. Aggravation progressive des phénomènes d'infection. Périnéotomie de drainage. Amélioration consécutive évidente. Résultat imparfait. Résidu : 30 gr. Urine trouble. Incontinence partielle par l'urètre. Etat général amélioré.*

V..., 67 ans, habitant à Vienne, entre à l'hôpital le 11 mai 1909, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Il y a 7 à 8 ans, rhumatismes, non alité. Pas d'affection pulmonaire. Sa femme a eu une fausse-couche. Une fille bien portante, une morte du croup.

Antécédents spéciaux. — Une blennorrhagie assez courte à 25 ans.

Début de la maladie. — Un cathétérisme à la fin de 1899. L'urine était limpide, un peu d'A. Quelques mois après, crise de rhumatisme. Après bains résineux : poussée de cystite. D'emblée, urine purulente, sans fièvre, ni rétention, ni perte d'appétit, traité par des lavages boriqués, du protargol et du nitrate faible. Cette crise a duré plusieurs mois avec des intermittences. Après la crise, l'urine n'a jamais été absolument limpide. Cet état a duré pendant 3 ou 4 ans, avec de courtes rémissions. Puis amélioration pendant 3 ou 4 ans. Les dernières années, état passable. Depuis janvier, aggravation, c'est-à-dire poussée du même genre, mais plus forte. Soigné à Nice par Dr Bensa qui a fait 2 à 3 lavages. 4 fois de la rétention, puis cela a cessé. En février, envies fréquentes d'uriner (jusqu'à 10 à 15) avec efforts violents. Pas de traitement local. Un seul cathétérisme avec 250 gr. de résidu.

Urine. — Modérément trouble, odeur un peu fétide.

Vessie. — Résidu : 375 gr. Capacité 450.

Prostate et vésicules séminales. — Prostate très modérément hypertrophiée ; consistance et forme normales avec 2 ou 3 petits noyaux, ne faisant pas penser à un néoplasme.

Etat général. — Langue bonne.

Dr Barbier a essayé, à plusieurs reprises, le traitement par les lavages, mais il y a renoncé, le cathétérisme étant douloureux, et pendant la crise, il trouvait un résidu faible qui, au bout d'un jour ou deux, avait disparu. Vessie vidée, malade souffrait davantage, et purulence pas diminuée. Depuis 8 ans, n'a été sondé qu'une fois par Dr Barbier, il y a 1 mois ; après évacuation de 200 gr. résidu, violente douleur, envie d'uriner sans pouvoir la satisfaire, pendant 2 à 3 h.

Electrolyse en 1901, sans résultat appréciable. Dr Rochet l'a soigné pendant 8 j. en 1900. Le professeur Albaran l'a cystoscopé en 1900, il conclut à la non intervention. Le Dr Rochet lui avait parlé de la possibilité de la taille en 1899, si les douleurs persistaient. — Le fait le plus saillant, c'est la variabilité de l'évacuation, tantôt complète, tantôt incomplète. Le Dr Rafin conseille 2 cathétérismes.

21 mai 1909. — A été sondé 2 f. par jour. Résidu : 350 gr., avec de légères variations. Dans l'intervalle des cathétérismes, mictions très fréquentes de 30 à 100 gr. Urine trouble. Dr Rafin conseille au moins 4 cathétérismes. En tout cas, le nombre des cathétérismes sera tel que l'on puisse apprécier la miction spontanée entre deux. Etat général : bon.

28 mai. — Résidu descendu de 350 à 280. 3, puis 4 cathétérismes par jour. Résidu en moyenne 240 gr. Il dort la nuit quand on le sonde le soir, vers 11 h. Dans la journée, petites mictions de 15 à 50 gr. dans les instants qui précèdent le cathétérisme. Résidu : 350 gr., assez purulent, odeur mal odorante.

8 juin. — Malade revient à Lyon. Sera traité par le Dr Verrière.

9 juin. — Sondé par Dr Rafin ; urine peu trouble, plus mal odorante ; résidu : 295 gr. On fait passer près de 4 litres d'eau boriquée et il y a encore des points blancs, puis 200 gr. de nitrate à 0,50 pour 100.

10 juin. — Résidu : 295 gr. Urine trouble, mal odorante.

14 juin. — On lui propose l'opération. On fera la radiographie.

26 août. — Sondé 4 à 5 f. en 24 h. Résidu atteint rarement 400 gr. Orchite le 17 août. Cette nuit, a uriné 8 à 10 f. Résidu : 285. Modérément trouble, nombreux débris filamenteux au fond. Après filtration, urine très limpide, ni S. ni A. Orchite presque guérie.

Prostate. — Modérément hypertrophiée ; sillon médian médiocrement perceptible, et dans le plan médian, noyau comme une noisette. Pas de petits grains.

Etat général. — Bon ; seulement un peu fatigué par l'orchite, a eu un peu de fièvre.

6 mai 1910. — Etat général excellent. Sondé 4 f. en 24 heures. Résidu : entre 300 et 400. Il urine un peu quand vessie contient plus de 330 gr. Quantité totale en 24 h., de 1400 à 1500. Urine assez trouble, mauvaise odeur. Il apporte un petit gravier blanc, de phosphate. Prostate ne paraît pas dégénérée.

16 août 1911. — Sondé 3 f. par j. ; depuis 1 mois, 4 f. Depuis mai, n'urine plus. Avant, 100 gr. en 24 h., en 4 f. Depuis 1 mois, rétention plus complète. Difficulté pour introduire sonde hier

soir; on le fait saigner. Résidu : 250 gr. Urine trouble. Culot : globules de pus, de sang et microbes. Nélaton 16 ne passe pas. On passe bécuille 14. Se sent très bien.

17 août. — Bécuille 14 passe difficilement, très serrée. Boule 16 franchit un obstacle au périnée (on ne sent pas la boule), on accroche le talon par le palper périnéal, puis elle est arrêtée après. Y a-t-il rétrécissement? On place bécuille à demeure.

19 août 1911. — PROSTATECTOMIE (Dr Rafin). — Anesthésie assez défectueuse au Bilioth. Ligature déférents. Doigt introduit dans vessie reconnaît 3 diverticules et 3 petits calculs qui fuient dans les diverticules. Extraction des petits calculs. Prostatectomie aisée et rapide. Vessie saigne beaucoup avant décortication de la prostate. Après opération, lavage chaud à 47°. Hémorragie modérée. Prostate pèse 18 gr.

24 août. — Va bien. Langue bonne, mais incrustation de la plaie (la vessie contenant 50 gr. d'eau nitratée à 1 % qui se sont répandus sur la plaie).

29 août. — Obligé d'introduire doigt dans plaie, les lavages par l'urètre ne se faisant pas très bien. Puis, on passe sonde à bécuille 16, lavage se fait bien.

4 septembre. — Ce matin, lavages se font moins bien. Plaie se fermant trop vite, on y remet le doigt.

8 septembre. — Lavages se font bien, mais toujours fortes envies d'uriner suivies d'évacuation de quelques gouttes d'urine purulente et hématique. Toujours pas d'appétit. Langue bonne.

11 septembre. Même état au point de vue poussées fébriles et urine. Affaiblissement. En raison des douleurs, Dr Rafin pratique drainage périnéal.

12 septembre. — DRAINAGE PÉRINÉAL hier soir, sous-anesthésie au Bilioth. Tube de Perrier à demeure. Hémorragie modérée. Malade enlève son tube cette nuit; on en replace un, mais unique celui-ci. Toute la nuit, lavage à peu près continu. Sonde à demeure.

15 septembre. — Tube et sonde bien supportés. Va mieux. Plus d'envie d'uriner. Bonne langue. Appétit encore médiocre. 3 lavages par la sonde.

17 septembre. — Ablation du tube périnéal. On continue lavages. Va mieux, s'alimente.

27 septembre. — Sonde à demeure enlevée. Epreuve de continence et d'évacuation vésicale. On injecte 100 gr. eau stérilisée, dans vessie, par la sonde. On fait uriner le malade. Il urine ses 100 gr. et rien ne passe par plaie. Capacité vésicale 100 gr. Il se lève.

29 septembre. — A bien vidé sa vessie qui paraît vide à la percussion et n'a jamais éprouvé besoin d'uriner qu'il ne puisse satisfaire. Un peu d'incontinence par le canal.

30 septembre. — Lavage vessie, la vessie est vide; urine très sale, lavage légèrement nitraté.

10 octobre. A sa sortie, vessie ne garde rien, incontinence complète. Actuellement léger progrès, la vessie garde 30 gr. (Dr Barbier). Pas de résidu.

7 novembre 1911. — Amélioration. Depuis 15 j., ne se mouille pas la nuit. A uriné 5 f. la nuit dernière. Ne se mouille pas le jour quand il est assis, mais quand il se lève. Quand il urine, un jet part, puis urine sort goutte à goutte. Généralement, 30 à 40 gr. à la fois. Nélaton 16 passe bien. Résidu 25 gr., assez trouble, un peu mal odorant. Capacité 150 gr.

Toucher. — Prostate remplacée par une surface plate, résistante, se terminant en haut, en un point profond, par un rebord arrondi. Etat général satisfaisant. Bon appétit.

19 décembre 1911. — Légère amélioration de l'incontinence. Depuis 3 j., souffre poussées fièvre. Urine 60 gr. On trouve, un moment après, 40 gr. modérément trouble, mal odorante. Chaque jour, lavage boriqué et nitraté.

25 février 1912. — Amélioration positive. Urine peu trouble, sans odeur. Debout, il perd l'urine, mais pas assis ou couché. Nélaton 16 ne passe pas. Boule 18 arrêtée dans traversée prostatique. On introduit le doigt dans le rectum, et elle passe. Béquille 16 passe librement. Résidu 30 gr., légèrement trouble.

30 mai 1912. — Pendant la marche, perd encore un peu son urine. Va mieux. Urine modérément trouble, sans odeur; résidu 25 gr. Nélaton 16 et 14 ne passent pas plus qu'une bougie

ordinaire. Béquille 16 passe. *Toucher* : lobe droit 0; lobe gauche forme comme un tout petit nodule.

OBSERVATION L

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Dysurie ancienne. Rétention modérée et irrégulière, pas de distension. Urine un peu trouble. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature des déférents. Lavage par l'urètre. Résidu d'abord 20 à 40 gr., puis s'élève à 100 gr.*

D., 50 ans, Curé à M. (H^e-Saône), entre pour un 1^{er} séjour à l'hôpital, le 9 juillet 1896.

Antécédents spéciaux. — Il y a 15 ans, douleur en urinant et mictions fréquentes. A ce moment, on le traite pour un *rétrécissement*?... et il se sonde à divers intervalles. Une colique néphrétique il y a 4 ans.

Mictions. — De 1 à 3 le j.; de 1 à 2 la nuit. Pas de douleur.

Urine. — Filaments dans le 1^{er} verre. Autre verre limpide. Ni A. ni S.

Urètre. — Boule 20 arrêtée au plus profond de l'urètre spongieux. Une 13 passe difficilement, puis ne passe point. On passe un Béniqué 44 sans difficulté.

Vessie. — Pas de résidu.

Prostate. — Un peu grosse, bombée.

Testicules. — Un peu de varicocèle.

Etat général. — Bon. On le traite par lavements chauds; on lui donne 1 à 3 gr. de bromure.

1911. — Depuis 2 ans, urine 2 à 3 f. la nuit; le jour toutes les 2 h. 1/2. Jet paresseux.

Le 25 sept., le Pr André trouve 400 gr. de résidu, mais malade n'avait pas uriné avant. Conseille ablation de la prostate; et 1 cathétérisme par jour. Cesse de se sonder pendant 2 jours, croyant avoir un peu de douleur et d'enflure au testicule. Le

Dr Rafin trouve 260 gr. de résidu, il faut tenir compte que le malade arrive de voyage et s'est retenu d'uriner. Urine assez trouble, mal odorante, un peu d'A. pas de S. Orchite gauche subaiguë. *Prostate.* — Volumineuse, de consistance normale. Dr Rafin conseille Prostatectomie.

23 octobre 1911. — Cœur et poumons 0. Malade sondé 2 f. par jour.

24 octobre. — PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Anesthésie à l'éther. Ligature déférents. Enucléation prostate très facile; assez forte hémorragie arrêtée par lavage chaud. Prostate pèse 100 gr. Elle présente saillie marquée dans l'intérieur de la vessie (forme de croupion) se prolongeant aussi bien dans le lobe droit que dans le gauche. A la coupe, aspect nettement lobulé. On prend un fragment au niveau du lobe vésical et un autre au niveau du lobe latéral pour l'examen histologique. Le soir, hémorragie abondante, mais pouls bon.

25 octobre. — Va bien. Premier lavage ce matin.

27 octobre. — Suppression tube Freyer remplacé par un drain. 2 lavages par ce drain.

30 octobre. — Un peu de sang par la plaie. A eu légère envie d'uriner par le canal. 1^{er} lavage par l'urètre très facile.

3 novembre. — Ablation des fils.

8 novembre. — Urine passe en partie par voie naturelle et par plaie.

14 novembre. — Malade affirme qu'il ne passe plus d'urine par plaie ni nuit, ni jour. Urine très trouble. Envie d'uriner toutes les heures le jour, toutes les 2 h. la nuit. Une Nélalon 18 passe avec un petit arrêt. Résidu : 15 gr., très purulent, sans odeur.

4 décembre 1911. — Fistule hypogastrique de nouveau ouverte. Boule 18 arrêtée à la partie la plus profonde de l'urètre périméal. On la sent vaguement par le palper périméal. Les nos 10, 14 et 16 passent ensuite librement; mais le 18 est encore arrêté. On passe enfin une sonde conique olivaire 16 qu'on laisse à demeure.

6 décembre. — Explorateur à boule 18 passe librement.

9 décembre. — Le 22 est arrêté au point précédemment indi-

quée. De même, les 20, 18, 16, 14. Bougies 16 et 20 passent librement. On met à demeure une sonde conique olivaire n° 20. Résidu : 40 gr. Urine très trouble, sans odeur.

14 décembre. — Sonde à demeure.

15 décembre. — Sous influence sonde à demeure, urine devenue presque limpide.

21 décembre. — Résidu : 30 gr. Urine encore trouble. 2 à 3 h. sans uriner, la nuit.

9 janvier 1912. — Il écrit : Plaie avec petite fistule. Mictions : 3 à 4 la nuit; toutes les 2 h. le jour. Urine, chaque fois, en plusieurs reprises. Urine louche. Jet paresseux.

21 janvier. — Malade inquiet. Mictions plus fréquentes, surtout la nuit, et plus difficiles. S'y reprend en plusieurs fois. Urine toujours trouble. Fistule a l'air à peu près tarie.

4 août 1912. — Ayant eu 39° fin janvier, consulte médecin à Nancy qui conseille lavages. Urines un peu plus claires au moment de la miction, mais quelques heures après, se forme dépôt glaireux et grisâtre assez abondant. Mictions : toutes les h. 1/2 la nuit, les 2 h. le jour. Résidu : 100 gr.

10 janvier 1913. — Malade écrit qu'il a bon appétit, dort bien, a selles régulières. Se plaint seulement de faiblesse des jambes et de vertiges. En outre, souffre d'une éventration de 5 à 6 cm., survenue insensiblement et sans douleur, il y a 3 à 4 mois. Urine, le j., toutes les 2 h. environ, et la nuit, 3 à 4 f., mais est quelquefois obligé de marcher, la nuit, pendant 1 dizaine minutes avant de pouvoir uriner. Ne souffre pas en urinant. Lavages à l'eau boriquée et nitratée tous les matins, mais retrouve, quand même, chaque jour, dans son urine, un dépôt louche, grisâtre, glaireux. Dans une journée, urine environ 3/4 de litre. Ce qui le contrarie beaucoup, c'est que sa vessie ne se vide pas. Toujours résidu de 60, 70 et 80 gr. Il désespère de revenir jamais à l'état normal.

OBSERVATION LI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Plusieurs crises de rétention aiguë. Urine un peu trouble. Prostatectomie sus-pubienne. Rachistovaïnisation. Lavages par l'urètre mal tolérés, puis par la plaie. Fistule fermée le 28^e jour. Résidu : nul.*

P. C., 67 ans, cultivateur, habitant à Balloires, canton de la Côte-St-André, entre à l'hôpital le 2 novembre 1911, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Marié, 2 enfants bien portants, 1 fils mort de péritonite à 20 ans, 1 autre de fièvre typhoïde. Il a eu la petite vérole.

Antécédents spéciaux. — Il aurait eu du sable dans les urines voilà 5 à 6 ans. Il y a 4 ans, rétention brusque. Il fut sondé par le Dr Clavel, puis se sonda 4 à 5 jours après lesquels il alla bien, avec 1 à 7 mictions la nuit. Au bout d'un an, rétention; il fut sondé 2 fois. Troisième rétention, 10 mois après. Se sonde 2 fois et va bien, urinant cependant 4 à 5 fois la nuit. 4^e et dernière rétention il y a 8 jours; sondé 1 f. par Dr Paillard et depuis, 7 à 8 mictions la nuit; hier, 7 à 10 mictions le jour.

Mictions. — Sensation de brûlure en urinant.

Urine. — Un peu trouble, un peu d'A.

Urètre. — Nélaton 16 passe bien.

Vessie. — Résidu, quelques gr.

Prostate. — Considérablement hypertrophiée, saillante, ferme, non dégénérée.

Etat général. — Bon; appétit bon; un peu de soif depuis 4 à 5 ans, mais qui n'a pas augmenté.

7 novembre 1911. — PROSTATECTOMIE (Dr Rafin). — RACHISTOVAÏNISATION sans incident. La prostate présente un lobe gauche adénomateux et un lobe droit contenant un liquide un peu purulent. Elle pèse 55 gr. Opération facile, la prostate se détachant immédiatement. Lavage de la vessie avec eau à 48° que

l'on fait passer par la sonde qui pénètre dans la vessie. Tube de Freyer fixé par un fil métallique.

10 novembre. — Tube de Freyer enlevé, remplacé par un drain. Etat satisfaisant. Un peu de sang.

12 novembre. — Lavage matin et soir par le tube. La vessie étant un peu sale, on fait par l'urètre un lavage bien toléré.

14 novembre. — Lavages par l'urètre mal tolérés, douleur dans le canal, on se contente de laver la plaie. T. monte un peu depuis hier.

15 novembre. — Elévation de T. importante hier soir. Langue sale, malade tousse davantage.

17 novembre. — On retire le drain; comme on éprouve un peu de difficulté pour le remettre, on le supprime. Enorme éruption érythémateuse des bourses, œdème du prépuce.

25 novembre. — Plaie en bon état; sonde et lavage aujourd'hui par l'urètre. Une Nélaton 16 passe facilement. Vessie vide.

4 décembre. — Malade a eu la sonde à demeure du 29 novembre au 3 décembre. Depuis qu'on a enlevé la sonde, il urine normalement (28^e jour).

7 décembre. — Capacité vésicale : 240 gr.

9 décembre 1911. — Capacité vésicale : 160 gr. Résidu nul. Urine modérément trouble; une Nélaton 18 passe facilement. Bon état général. *Toucher rectal* : Une petite saillie sur le lobe droit.

OBSERVATION LII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention chronique incomplète sans distension. Urine infectée, améliorée par le traitement. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie au Bilroth. Fistule fermée le 27^e jour. Résidu nul.*

D. J.-P., 61 ans, cultivateur, habitant à Rully (Saône-et-Loire), entre le 12 novembre 1911, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Marié. Femme en bonne santé. 4 enfants vivants, 1 mort. Fièvre typhoïde à 15 ans. Fièvre intermittente pendant 13 mois, à 24 ans. Fluxion de poitrine il y a 20 ans.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Avant, 0 ou 1 miction la nuit. En octobre 1910, jusqu'à 10 mictions la nuit. Cela persiste. Envie d'uriner : ne pouvait la satisfaire. En mai 1911, sondé 1 f. Le Dr Ducarre retire un verre de résidu. En juillet 1911, commence à se sonder 1 f., 2 f., puis 3 f. par jour. 1 verre 1/2 de résidu lors du 1^{er} cathétérisme. Parfois, urine un peu : 1 verre à vin, 1/2 verre ou 1 verre 1/2.

Etat actuel. — *Mictions* : Urine 5 à 6 f. en moyenne. Marche lui donne envie et augmente la rétention. Douleur : parfois nulle, parfois vive.

Urine. — Assez fortement purulente; A. en quantité modérée, pas de S. Culot : nombreux globules de pus dont un certain nombre sont déformés (colombino positif).

Urètre. — Nélaton 16 passe bien.

Vessie. — Résidu : 180 gr.

Prostate. — Peu ou pas hypertrophiée, non dégénérée.

Reins. — Palpation négative.

Etat général. — Appétit bon. Soif pas augmentée. Un peu de constipation. Langue un peu rouge.

15 novembre. — Résidu : 150 gr. Capacité 280. On met sonde à demeure.

16 novembre. — Grâce à sonde à demeure, urine très améliorée. Ni S. ni A. PROSTATECTOMIE (Dr Rafin). Anesthésie au Bilroth. Incision sus-pubienne. Paroi interne de vessie saisie avec 2 pinces de Kocker. Prostate, quoique très petite, difficile à détacher. Tube Freyer. Prostate a été enlevée entièrement encore entourée de sa coque fibreuse toute petite pesant 5 gr. Elle présente lobe médian légèrement saillant.

27 novembre. — Va bien. N'a été fait de lavages que par la plaie. Aujourd'hui, drain supprimé.

29 novembre. — Premier lavage par l'urètre.

5 décembre. — Commence à uriner un peu par urètre.

9 décembre. — Sonde à demeure.

12 décembre. — Ablation de la sonde. Pas de résidu.

13 décembre. — Sonde enlevée. Malade urine seul. Une fois la sonde enlevée, plaie s'est fermée (27^e jour). Capacité 150. Urine limpide.

21 décembre. — Urine limpide, à part qq. filaments. A : 0. Mictions : 3 la nuit, 3 le jour. Etat général excellent.

4 mars 1913. — Etat général excellent, ne peut demander mieux.

Mictions : 3 à 4 le j., 2 la nuit. Urine claire, limpide, ni S. ni A.

Génitalité. — 1^{er} coït 2 mois après. Maintenant, au moins un rapport toutes les semaines. Plus de liquide.

Prostale : petite, lisse, régulière, sans signe de dégénérescence.

OBSERVATION LIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Rétention chronique complète, légère distension. Orchite gauche suppurée. Difficulté progressive de cathétérisme. Urine modérément trouble. Prostectomie suspubienne. Anesthésie à l'éther. Fistule fermée le 22^e jour. Résidu 25 gr.*

P. J.-B., cultivateur, 69 ans, habitant à Vourles (Rhône), entre à l'hôpital le 23 mai 1911, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Fluxion de poitrine à 35 ans. Fièvre muqueuse à 32 ans. Furoncles à 30 ans. Un enfant vivant. Un mort.

Antécédents spéciaux. — Buvait pas mal de vin autrefois.

Affection actuelle. — Depuis 12 ans, nombre mictions va en augmentant; il y a 3 ans, 7 à 8 la nuit, au moins, et avec difficulté. Depuis, a toujours eu un peu d'incontinence. Le Docteur Durand, de Charlieu, le sonde et lui conseille de se sonder. Au

commencement, se sondait 2 fois, actuellement 5. Rétention complète depuis début des cathétérismes. Depuis 2 mois, sondage douloureux. Jamais de sang.

Urine. — Modérément trouble, non odorante, ni S. ni A.

Urètre. — La Nélaton n'a pu passer que quelques mois. On ne peut passer une Nélaton 16. On passe une béquille 16 ou 17 qui est serrée. De plus en plus de peine à se sonder.

Vessie. — Résidu 500 gr. Il avait besoin d'uriner.

Prostate. — Modérément hypertrophiée. Forme et consistance normales. Un noyau comme un gros pois sur le bord supérieur de la ligne médiane.

Testicules. — Gauche, atrophié, depuis l'orchite qui a suppuré l'hiver dernier.

Etat général. — Au début, avant qu'il se sonde, avait perdu l'appétit, était jaune, avait soif : déchéance générale. Après le cathétérisme, longtemps à se remettre. En octobre dernier, orchite. Perte de l'appétit. Actuellement, état général bon. Appétit revenu. Cœur : souffle, athérôme marqué.

5 décembre 1911. — Urine trouble, sans odeur, ne s'est jamais lavé. Capacité 600 gr.

Prostate. Lobe droit forme une saillie plus dure, plus marquée. Se sondant difficilement, il demande l'opération.

11 décembre. Rien au poumon et au cœur. Urine : quantité en 24 h. : 1 lit. 500.

12 décembre 1911 : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Anesthésie à l'éther. Ligature du déférent droit. A gauche, testicule étant très atrophié, on ne fait rien. La main dans la vessie, on sent un gros lobe médian prostatique faisant fortement saillie. Prostate facile à énucléer, en moins de 2 minutes. Pèse 65 gr. Incision du lobe médian : Un peu de liquide blanc s'écoule.

15 décembre. — Hier, ventre ballonné, coliques. Aujourd'hui, elles ont disparu, mais ventre toujours ballonné; pas de selle. Pouls à 72. Etat général bon. On supprime 1 fil sur 2 seulement, par crainte d'éventration. Tube Freyer remplacé par drain moins gros.

21 décembre 1911. — 1^{er} lavage par l'urètre. Il y a peut-être eu

légère hémorragie secondaire. Il sort caillots putréfiés. — 6 janvier. Résidu 40 gr., très trouble. — 7 janvier. Résidu 100 gr.

8 janvier 1912. — Résidu : 35 gr. Urine trouble. Exeat.

18 janvier. — Résidu : 25 gr. Urine bien améliorée, encore assez trouble. Mictions : la nuit, de 7 à 9 h., 3 à 4. Etat général bon.

16 janvier 1913. — Bon état général. Urine 5 f. la nuit, 6 f. le jour, sans souffrance, pour 2 lit. Bon appétit, langue un peu rouge.

Au toucher, loge prostatique occupée par masse à 2 lobes, petite, un peu dure, avec quelques petites bosselures. Cette masse est bien délimitée. Malade est sourd et répond mal aux questions qu'on lui pose. Parti sans donner d'urine. Désirs sexuels absolument nuls. Aucun rapport depuis l'opération.

OBSERVATION LIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique sans distension, d'abord 6 ans incomplète après le début des accidents, puis complète. Orchite. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. Ligature des déférents. Lavages par la plaie. Fistule fermée le 32^e jour. Résidu : 80 gr.*

B., 57 ans, habitant à Tarare, entre à l'hôpital le 2 décembre 1904.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle. Divers traumatismes. Marié. Enfants bien portants.

Antécédents spéciaux. — Une 1^{re} blennorragie à 22 ans. Plusieurs autres depuis, pas cordés, pas d'orchite, pas d'hématurie.

Affection actuelle. — Il y a 2 ans, rétention (qui cède à un bain) à la suite d'un long dîner. Nouveaux accidents il y a un an. Electrolyse, il y a 6 semaines. Malade a pu passer, à 3 reprises, un 14 pour vider sa vessie. Un peu d'écoulement persiste depuis. Lavages au permanganate.

Mictions : 2 à 3 la nuit ; le jour, 7 à 8 ; voiture n'influe pas. Un peu de brûlure en urinant.

Urine. — Purulente, alcaline, un peu d'A. (du pus).

Urètre. — Pourtour du méat comme érodé et un peu induré. Un peu d'urétrite. Adénite inguinale.

17 décembre 1904. — Boule 18 arrêtée au méat. Une 15 passe avec frottement au méat, puis ensuite librement.

Prostate. — Un peu grosse, de forme normale, plutôt molle, surtout à gauche.

Reins et uretères. — (Non accessibles : obèse.)

Etat général. — Bon. Dr Rafin diagnostique urétrite due à l'électrolyse ou à l'abus de quelques antiseptiques, tels que le formol : catarrhe de la vessie. Il ordonne de cesser toute introduction dans l'urètre et de continuer l'urotropine et la tisane.

17 décembre. — Va mieux. Urine trouble, sans odeur. Résidu : 250 gr., mais il n'a pas bien uriné, de peur d'aller à la selle. Lavage. *Mictions* : 4 à 5 la nuit, toutes les heures le jour. Mictions impérieuses et effort pour uriner. *Prostate* : un peu grosse dans l'ensemble. A droite, lobe normal. A gauche, semble ramolli ; mais l'urine, recueillie après le toucher, ne semble pas plus purulente.

20 décembre. — Le Dr Rafin passe 17 bougies ; urine toujours pareille. Résidu : 250 gr. Prostate : lobe gauche toujours un peu mou, mais non douloureux. *Mictions* : un peu moins d'effort, il semble que la prostate doive gêner. On conseille lavages chauds.

27 décembre. — Urine assez trouble. Résidu : 300 gr. Une béquille 17 passe à frottement. Lavements chauds. 2 cathétérismes par jour.

18 janvier. — S'est sondé 2 f. par jour. Résidu paraît moindre. On trouve 230 gr. Urine très louche, sans odeur. CYSTOSCOPIE : muqueuse irrégulière. Dans la prostate qui fait saillie : masse aplatie, irrégulière, comme de l'étaupe. Avec explorateur métallique, pas de sensation de calcul. On fera lavages avec aspiration. Explorateur 18 passe aisément, sans sensation de rétrécissement. Un peu d'arrêt au sphincter.

4 mars. — NOUVELLE CYSTOSCOPIE il y a 3 jours. On n'a plus

rien constaté de la masse ci-dessus décrite. C'était donc du pus glaireux. Aujourd'hui, urine peu trouble, sans odeur; A. en très grande quantité. Au microscope, globules de pus, nombreux globules blancs. Se fait lavages boriqués et nitrates. Résidu : 350 à 200 gr. *Mictions* : de 10 h. soir à 10 h. matin sans uriner.

31 août 1905. — Quelques troubles digestifs; 2 cathétérismes matin et soir. Résidu : 150 gr. *Mictions* : 3 f. la nuit. Sensation de battement à l'extrémité de la verge quand il a besoin d'uriner. Urine très trouble, floconneuse, sans odeur, acide. Prostate non modifiée. Il se lave insuffisamment avec 200 gr. d'eau boriquée et nitratée.

10 juillet 1906. — 2 cathétérismes par jour; 150 à 175 gr. de résidu. *Mictions* : 2 la nuit, sans odeur, sans effort. Obligé de pousser pour uriner comme si son canal était bouché. Appétit modéré. Urine trouble. Résidu : 160 gr. Capacité : 300 gr. Prostate n'a pas grossi, se délimite moins bien.

7 novembre 1907. — 2 cathétérismes : 150 à 175 gr. de résidu. Il a maigri. Appétit médiocre. *Mictions* : Une la nuit. Se passe sonde à 7 h. matin et reste ensuite jusqu'à 11 h. Boule 19 passe sans sensation, ni dans l'urètre antérieur, ni dans l'urètre postérieur. Urine trouble, acide, peu odorante. Rien au cœur. Lavages après chaque sondage. Prostate peu hypertrophiée. Pas de bosselures. Lobe droit un peu plus marqué que le gauche.

8 août 1908. — Rétention complète depuis 3 à 4 mois, en ce sens qu'il ne peut émettre quelques gouttes d'urine qu'avec beaucoup d'efforts. On lui fait 4 séances de rayons X par mois. Mauvais résultat, dit le malade. Difficultés de rapports sexuels et rétention de plus en plus complète. On le sonde 4 à 5 f. : 300 gr. de résidu. Urine assez trouble. Nombreux gros filaments. Se lave 2 f. par jour. Le Dr Rafin conseille davantage de lavages et plus de nitrate.

28 octobre 1911. — A continué de se sonder 4 f. le jour, une f. le matin à 5 h., 2 f. la nuit. Il souffre. Ecoulement en septembre 1911, parfois rose, qui persiste depuis lors. Orchite gauche. Prostate grosse. Urine peu trouble.

4 janvier 1912. — Etat général bon. Se sonde 8 f. par 24 h. Rétention complète.

PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE par Dr Rafin. — Anesthésie à l'éther. Ligature des déférents. Prostate enlevée pèse 80 gr. Lobe droit nettement plus petit que le gauche. Incision transversale sur les 2 lobes. On trouve quelques petits calculs.

15 janvier. — Orchite atténuée aussitôt après l'opération.

18 janvier. — Va bien.

22 janvier. — Sondes à béquilles 16 et 13 arrêtées dans région prostatique. On essaie d'introduire une sonde parce que, plaie étant en très bon état, il semble qu'elle doive se fermer. Aucun lavage par l'urètre.

23 janvier. — Explorateur à boule n° 16 ne passe pas. 14 passe facilement. Sonde conique-olivaire 18 ne passe pas. Béquille 18 passe, laissée à demeure.

31 janvier. — Se mouillant encore par plaie, se fait remettre sa sonde.

8 février. — Résidu : 80 gr., un peu mal odorant.

Août 1912. — Etat général parfait.

16 janvier 1913. — Ecrit qu'il va très bien sous tous les rapports.

17 janvier 1913. — Etat actuel parfait. A souffert pendant 6 mois de gros furoncles, mais en est guéri. Urine 2 f la nuit et dort bien, environ toutes les 2 heures le jour et ne souffre jamais. Urines sans odeur, claires, ne déposent pas. Cicatrice est parfaite. Aucune trace d'éventration. Les premiers temps, a porté ceinture de Crêpe Velpeau.

Génitalité. — Rapports moins de 3 mois après sa sortie de l'hôpital et se comporte comme s'il n'avait jamais été opéré. La seule chose qui lui paraisse anormale, c'est que le liquide spermatique est moins épais et, dit-il : « Toute proportion gardée, selon une expression normande, ce n'est plus de la crème, mais du petit lait ».

OBSERVATION LV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne. Rétention chronique incomplète. Urine trouble. Prostatectomie hypogastrique. Anesthésie générale. Lavages par la plaie. Le 40^e jour, résidu : 40 gr. quelques instants après la miction. Le 47^e jour, fièvre et réouverture digitale de la plaie. Pendant 2 mois, phénomènes infectieux intermittents, puis cystostomie. Sonde de Pezzer à demeure par la plaie hypogastrique. Mort 6 mois après l'opération.*

Docteur F. Ch., 54 ans, habitant à St Cyr-au-Mont-d'Or, entre à l'hôpital le 27 août 1903 pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Père mort phtisique à 44 ans; mère morte de dysenterie; une sœur morte phtisique, un frère mort en bas-âge de coqueluche; une sœur vivante ayant un fils phtisique.

Antécédents personnels. — Sujet aux bronchites dans l'enfance; jamais d'hémoptysie. En 1882, dothinentérie; douleurs rhumatoïdes dans les genoux.

Antécédents spéciaux. — Pas de gravier, mais sable urique.

La maladie a débuté, il y a 6 à 7 ans, par mictions plus fréquentes. Se levait la nuit 2 à 3 f., puis 6 à 7 f., il est réveillé par sensation pénible à l'hypogastre et urine peu. Il y a 3 à 4 ans, douleur vive au bout de la verge de temps en temps. Il y a 2 ans, urine avait odeur de bouillon; il y a 2 ans 1/2, de poisson pourri et de nouveau, il y a 15 jours. Cette odeur a persisté chaque fois une huitaine de jours et est réapparue la nuit dernière. Depuis 3 à 4 ans, plusieurs poussées hémorroïdaires sans hémorragie; une seule douloureuse il y a un an. Boit le soir 1/2 lit. lait.

Etat actuel. — *Mictions* : 4 à 5 la nuit; le jour, toutes les 2 h. Les chaos n'influent pas, mais quand il descend de voiture, miction plus lente.

Urine. — Limpide. Ni S. ni A.

Prostate. — Nettement augmentée de volume, sans induration, ni bosselures, ni ramollissement.

Reins. — Non accessibles.

Etat général. — Bon ; en somme, un peu d'hypertrophie de la prostate attribuable à des excès de voiture : 12 à 14 h. par jour pendant 25 ans. Il faudra marcher davantage sans exagération. On lui conseille ne pas boire le soir.

28 juin 1910. — Le malade a 61 ans. Depuis précédent examen, périodes d'amélioration et de rechutes. Il a eu accidents goutteux au gros orteil. Actuellement, couché à 9 h. 1/2, urine à minuit 1/2, puis toutes les 2 h., pour 1 litre en moyenne, et quelquefois davantage. Il faut tenir compte qu'il dîne à 8 h. 1/2, mange potage, légumes, fruits. *Urine* : limpide. *Prostate* : comme ci-dessus ; sillon peu distinct. On lui conseille de modifier repas du soir pris trop tard et trop végétarien.

14 mars 1911. — A 2 ou 3 reprises, pendant 1 jour, un peu de S., jamais d'A. *Mictions* : la nuit, une miction en moyenne toutes les h. 1/2. Certaines nuits, miction à chaque instant, pour quelques gouttes seulement, avec douleur. Quand il urine toutes les h. 1/2, il le fait abondamment et facilement, 1 litre 1/2. Le jour, toutes les 2 h., sans difficulté. Parfois, quelque malaise avec sensation pénible au bas-ventre. A uriné du sang la nuit, sans avoir marché davantage. L'urine était sombre, et au fond cercle rouge. Fait plus de marche et peu de voiture. Quelques hémorroïdes avec un peu de sang. Parfois quelques douleurs lombaires, pas de douleur dans les cuisses.

Urine. — Louche. Culot : quelques globules rouges, pas de blancs. Traces douteuses d'A.

Vessie. — On ne peut dire, par le toucher combiné, si la vessie est absolument vide.

Prostate. — Paraît un peu plus grosse, mais surtout plus saillante : lisse, ferme, un petit noyau au-dessus de chaque lobe. Sillon mal distinct. On a l'impression qu'elle pourrait être dégénérée.

4 avril 1911. — Couché plus tard, à 10 h., buvant moins le soir, il reste 3 h. 1/2 sans uriner, puis 4 h. 1/2. Il va donc mieux.

Plus de sang, plus de S. Urine limpide ; culot : très rares globules rouges. Prostate saillante comme ci-dessus. Une goutte venue au méat contient quelques globules blancs et de très rares globules rouges.

22 avril. — N'a plus vu de sang. Urinait plus facilement. Jet assez puissant. Marche et voiture n'influent pas. Hier après-midi, sans cause connue, un peu de difficulté pour uriner et, cette nuit, rétention complète de minuit à 8 h. Essaie de se sonder, ne pénètre pas, mais un jet expulse la sonde et il urine 150 gr. environ. Sondé par Dr Rafin, il sort 500 gr. d'urine limpide. A 1 h. 1/2, cathétérisme ; résidu : 100 gr. d'urine dépolie. La prostate paraît augmentée, lisse, ferme ; sillon peu net, pas de bosselures, sauf une, sur le lobe gauche en haut.

23 avril. — Va mieux, mais ressent toujours dans l'urètre, vive douleur en urinant. Urine limpide ; a uriné toutes les 2 h. nuit dernière.

11 novembre. — Urine limpide ; 2 à 3 mictions la nuit pour 750 gr. Prostate bien enlevable.

10 janvier 1912. — Sans cause appréciable, rétention aiguë, brusque, douloureuse, la nuit dernière, à partir de 9 h. soir. Dr Gabourd l'a sondé à 4 h. matin. Depuis lors, va bien.

11 janvier. — Il revient ; urine trouble, mal odorante. Résidu : 200 gr. Nombreux microbes. A peu près pas de pus. Lavage boriqué et nitraté. Quatre heures après, nouveau cathétérisme ; résidu : 170 gr., presque clair et presque pas odorant.

13 janvier : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Anesthésie commencée au Biloith : cyanose, petite syncope. On laisse malade se réveiller et on recommence à l'éther : d'abord, cyanose, puis anesthésie passable. Lavage de la vessie sous anesthésie. Ligature déférents. Taille hypogastrique. Enucléation assez facile de la prostate. Tube Freyer. Lavage à 46°. Pansement. Prostate pèse 55 gr. A la coupe, il s'écoule du liquide en abondance. On voit un grand nombre de lobules piquetés de blanc, rappelant la coupe d'un ganglion bacillaire.

Tube Freyer enlevé au bout de 3 jours.

19 janvier. — Le tube sort ; liquide toujours un peu sangui-

nolent. Le défaut de parallélisme entre la plaie vésicale et la plaie hypogastrique gêne l'introduction et le maintien du drain. On l'enlève. Lavage, matin et soir, par la plaie.

22 janvier. — Va bien. Aucun lavage par l'urètre.

25 janvier. — On passe Nélaton 16 sans difficulté. On a continué lavages, matin et soir, par la plaie, avec une sonde. Hier, un peu de fièvre, langue saburrale ; a uriné une toute petite quantité par l'urètre.

12 février. — Malade sondé 2 autres fois avec Nélaton ; une fois, sonde n'a pas pénétré, s'est arrêtée dans la prostate, lavage était douloureux. Une autre fois, entrée correctement. Plaie presque fermée. Pas de sensation de besoin. Ne peut uriner par l'urètre. Urine passe par la plaie.

1^{er} mars. — Depuis 2 j., T. élevée à 39°8. Plaie s'est rouverte de nouveau. Urine : globules blancs et rouges.

2 mars. — *Réouverture de la plaie sus-pubienne.* Le soir, malade avait eu de nouveau un frisson d'une vingtaine de minutes avec T. atteignant 39°6. En même temps, vomissements bilieux. Depuis 3 à 4 j., se plaint de la région rénale gauche, et le Dr Monisset a constaté de la submatité de la base gauche. Après anesthésie à l'éther sans incident, la plaie est incisée. Une fois l'orifice vésical trouvé à l'aide d'un stylet, on introduit le doigt pour le dilater et on place un drain fixé à la paroi avec un fil métallique. A l'aide d'une sonde placée dans l'urètre, on fait un lavage nitraté de la vessie.

3 mars. — Nuit assez bonne. Vers 4 h. matin, T. à 37°. Vers 7 h. matin, prend de nouveau un frisson et T. atteint 39°. Etat général mauvais, sub-délire.

18 mars. — Sous anesthésie, on dilate à l'index l'orifice de la vessie qui est explorée avec le doigt. Vessie en parfait état. Sonde de Pezzer placée dans la vessie et on fait passer de l'eau avec une sonde urétrale. Sonde de Pezzer laissée à demeure.

21 mars. — Parties sphacélées, qui recouvrent la plaie, commencent à se détacher.

6 mai. — Hier soir, T. 38°8. Névralgie faciale. Cette nuit, à 1 h.,

frisson. Douleur rénale droite. Palpation du rein droit est douloureuse. Ce matin, 37°7.

7 mai. — Etat aggravé ; violent frisson. Urine assez trouble, très rare, un peu odorant. On place Nélaton 16 à demeure. Une ou deux hémorragies. Un petit frisson.

9 mai. — N'a plus eu de frisson. Troubles digestifs. Vomissements. Aigreurs. L'urine qui s'écoule par la sonde est peu trouble, sans odeur. En somme, amélioration. Toucher rectal n'a rien fait constater d'anormal.

11 mai : CYSTOSTOMIE. — Bonne anesthésie à l'éther. On essaie en vain de trouver le trajet de la fistule avec un stylet. L'ouverture de la vessie est faite au ras du pubis. Drain placé dans la vessie et fixé par fil métallique à la paroi.

17 mai. — Hier matin, léger besoin d'uriner. L'après-midi, vers 4 h., violent besoin d'uriner accompagné d'un frisson. Fièvre. Vers 5 h., on retire un peu le tube de la vessie et on fait un lavage, les besoins d'uriner ne s'amendant pas, on enlève le tube. Les douleurs continuant, on donne un suppositoire calmant. Ce matin, T. à 39°2.

Le doigt est introduit dans la vessie, lavage par l'urètre. Il sort un peu de pus. Le liquide ressort bien par la plaie, mais malade souffre quand même de la vessie.

30 juillet 1912. — Mort. Il avait conservé la sonde de Pezzer. On lui avait fait des lavages abondants, mais état général était resté mauvais avec alternatives d'amélioration qui avaient fait espérer la guérison. Langue avait toujours été bonne, les reins non perçus. Vers le 15 juillet, frisson, un peu de douleur dans le rein droit qui n'était pas augmenté. De temps en temps, envie d'uriner. Bien qu'il n'ait pas souffert de la vessie, le Dr Rafin avait dilaté l'orifice et n'avait trouvé qu'un petit plâtras. L'index avait trouvé l'orifice prostatique. En le dilatant un peu, il avait pénétré dans la loge prostatique qui était petite « comme un petite noisette et normale ». Dans la nuit du 28 au 29, frisson, puis coma. Il est mort 15 heures après.

OBSERVATION LVI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique complète, distension minime. Capacité vésicale : 450 gr. Urine louche. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie au Bilroth. Ligature des déférents. Fistule fermée le 18^e jour. Résidu : 15 gr.*

R., 64 ans, chauffeur au gaz, habitnat à Lyon, entre à l'hôpital le 7 février 1912, pour rétention.

Antécédents généraux. — Pas de fièvre grave, une pleurésie à 33 ans.

Antécédents spéciaux. — Une blennorragie au régiment. A été sondé 1 f. par Dr Brizard il y a 5 ans. Quelquefois un peu de sang en le sondant.

Affection actuelle. — Rétention complète depuis 3 ans. Se sonde avec bécuille 15 sur conseils Drs Arroux et Gangolphe. Cathétérisme toutes les 3 h., nuit et jour. Hématurie depuis 2 jours. Depuis lors, se sonde avec bécuelles 11 et 12. On conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

7 février. — Etat actuel : *Urine* : louche, A. en quantité notable.

Vessie. — Capacité : 270 gr. (26 janvier). 450 gr. (8 février).

Prostate. — Assez grosse, hypertrophiée, peu saillante, consistance ferme, bords un peu diffus, sillon peu net, pas de bosselures, en somme pas de dégénérescence.

Reins. — Non perçus.

Testicules. — A droite, un peu d'induration de l'épididyme. A eu orchite il y a 6 mois. A gauche, rien.

Etat général. — Bon appétit. Cœur et poumons 0.

13 février. — PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). Bonne anesthésie au Bilroth; ligature des déférents. Taille hypogastrique après que vessie a été garnie de nitrate à 0.25 p. 1000. Prostate très adhérente. Ablation n'a lieu qu'au bout de 10 minutes. Lavage chaud par sonde urétrale. Tube de Freyer.

Prostate enlevée pèse 30 gr. Lobes latéraux peu développés. Lobe médian du volume d'un dé à coudre, mais très saillant. Dans l'ensemble, tout l'organe est très dur et de consistance fibreuse.

Etat général. — Excellent. Plaie a très peu saigné. Pas de T. Lavages par le tube à l'aide d'une sonde urétrale.

2 mars. — Fistule fermée.

8 mars. — Résidu : 30 gr., assez trouble, sans odeur. Capacité vésicale : 300 gr. Au toucher rectal, on ne sent pas grand' chose.

24 mars. — Résidu : 15 gr., modérément trouble. Nélaton 18 passe facilement. Capacité vésicale : 300 gr. Etat général excellent. *Mictions* : 4 le jour, 3 la nuit.

16 janvier 1913. — Revient se montrer. Très bon état. Urine 2 f. la nuit, 5 à 6 f. le jour, sans aucune douleur pour 2 lit. d'urine environ. *Urine* assez trouble ; disque d'A. marqué. Pas de S.

Toucher. — Loge prostatique vide, souple, sans aucune induration.

Génitalité. — Rapports sexuels absoluments normaux, se produisent tous les 8 jours. Dit se sentir la même vigueur qu'à 20 ans. Une seule chose l'inquiétait : la diminution du liquide spermatique qui, cependant, est loin de faire complètement défaut.

OBSERVATION LVII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique avec distension et incontinence. Urine limpide. Polyurie modérée. Cystostomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Amélioration de l'état général. Prostatectomie sus-pubienne (près de 4 mois après la taille). Anesthésie générale. Pas de ligature des déférents. Dilacération du péritoine, sans suite fâcheuse. Fistule fermée le 19^e jour. Résidu nul.*

S. E., 62 ans, march. ambulant, habitant à Goudargues (Ar-

(Gard), entre à l'hôpital, le 16 octobre 1911, pour incontinence d'urine.

Antécédents généraux. — A toujours un peu souffert de l'estomac.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Affection actuelle. — Il y a 5 ou 6 ans que le malade perd son urine; au début, seulement 1 j. ou 2 par semaine; à présent continuellement, surtout la nuit. Se lève 10 à 12 f. la nuit et, en plus, son lit toujours mouillé. Le jour, urine souvent, tous les 1/4 d'h., pour éviter de se mouiller. Depuis 2 à 3 mois, souffre dans le bas des reins; pas dans les fesses ni dans les cuisses.

Etat actuel. — *Mictions* : tous les 1/4 d'h. le jour; 10 à 12 f. la nuit; pas de douleur.

Urine. — 2850 gr. Urine émise spontanément, pâle, un peu louche; dans le culot : globules blancs en assez grand nombre.

Vessie. — Remonte à 8 ou 10 cm. au-dessus du pubis.

Prostate. — Non hypertrophiée, plutôt petite, forme et consistance normales.

Testicules. — 0.

25 octobre. — Taille hypogastrique après un petit lavage substitutif qui vide incomplètement la vessie. Anesthésie au Bilroth, très légère syncope (arrêt de la respiration). Le 1^{er} orifice fait sur la vessie est perdu, on est obligé d'en faire un second. Drain. La vessie présente 2 grands diverticules latéraux. Pas de suture de la vessie ni de la paroi.

25 octobre. — Un peu de fièvre. Langue bonne. Mouille un peu son lit. 2 lavages par jour.

27 octobre. — Lavage par l'urètre.

3 novembre. — Etat du malade a été assez médiocre. Il toussait. Il s'améliore maintenant un peu.

17 novembre. — Il va bien, bon appétit.

16 février 1912. — Depuis dernière opération, état général s'est bien amélioré; reins non perçus, non douloureux. Poumons et cœur 0. Capacité vésicale 150 gr. *Prostate* : modérément hypertrophiée, saillante; sillon assez bien conservé. Lobe droit un

peu plus saillant et un plus dur que le gauche. Pas de granulations. Consistance ferme.

17 février 1912 : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Anesthésie à l'éther sans incident. Prostate enlevée facilement, mais au moment de la mise en place du tube de Freyer, le péritoine est ouvert sur 2 à 3 cm., et une anse intestinale fait hernie par la plaie. Après avoir placé une mèche dans le péritoine, on le suture à sa partie inférieure sur 2 cm. de long. Puis, pour empêcher le liquide vésical de venir en contact avec la séreuse, on place au niveau de la section de celle-ci un pansement fortement collodioné. Il faut ajouter que la brèche péritonéale s'est faite alors que la vessie avait été bien lavée avec une solution nitratée à 0.25 pour ‰. Dans son lit, le malade a été couché tête haute afin que l'urine n'ait pas tendance à souiller la plaie péritonéale.

29 février 1912. — Dès le lendemain de l'opération, malade a eu 39° de fièvre; mais la T. est revenue à la normale vers le 4^e jour. Etat général n'a jamais été mauvais. Aujourd'hui, on enlève les mèches péritonéales, et on place sur l'orifice un pansement au diachylon. L'urine passe encore par l'orifice abdominal qui est très petit.

15 mars. — Fistule fermée le 17^e jour.

21 mars. — Nélaton 18 passe facilement; pas de résidu. Capacité vésicale : 220 gr. Etat général excellent. Urine un peu trouble.

Toucher rectal. — On sent comme une petite prostate dure, un peu bosselée à droite. Nombre de mictions : 6 le jour, 4 la nuit.

Septembre 1912. — Etat général excellent. Urine un peu louche. *Mictions* : la nuit, une; exceptionnellement, 2. Le jour, toutes les 3 à 4 h., faciles. Selles régulières. Cicatrice dure, pas d'éventration. Jet bon.

OBSERVATION LVIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Une crise de rétention ancienne. 2^e crise de rétention récente. Vessie un peu distendue ou forcée. Etat général defectueux. Traitement par la sonde. Un mois après cystostomie sus-pubienne avec anesthésie générale. Amélioration de l'état général. Urine modérément trouble. Prostatectomie sus-pubienne (2 mois après la taille). Anesthésie générale à l'éther. Pas de ligature des déjérents. Fistule fermée le 18^e jour. Résidu : 6 gr.*

C. A., 64 ans, cultivateur, habitant à Mézérieux (Ain), entre à l'hôpital le 21 janvier 1912.

Antécédents généraux. — Marié, femme bien portante ; trois enfants en bonne santé, une fille morte.

Antécédents spéciaux. — Fièvre typhoïde et pneumonie en même temps à 34 ans. Coliques hépatiques il y a 15 ans. Le malade est allé à Vichy 13 ans de suite. Une blennorrhagie à 30 ans.

Affection actuelle. — Difficulté pour uriner depuis 10 ans. Jamais de rétention aiguë. A été sondé une dizaine de fois, il y a 1 an 1/2 par le Dr Desportes, de Trévoux. Vers la même époque, sondage par le Dr Gautier, de Villefranche. Souffre beaucoup pour uriner très peu à chaque fois. Jamais de sang. Vain essai de sondage il y a 2 jours. Urine toutes les 2 h., jour et nuit. Ne perd pas ses urines. Le Dr Desportes écrit au Dr Rafin qu'avant son entrée, il était en mauvais état : tachycardie.

Mictions. — Toutes les heures, nuit et jour ; douleur légère avant la miction.

Urine. — Limpide ; A. en quantité considérable.

Vessie. — Capacité vésicale : 500 gr.

Prostate. — Volumineuse, de consistance ferme ; lobe droit plus saillant que le gauche, sans bosselures.

Reins. — Non douloureux et non perçus.

Etat général. — Assez bon, perte de l'appétit depuis quelques

jours ; soit vive. Rien au cœur ni au poumon. A l'entrée, sondé assez facilement avec une Nétaton 18. Aujourd'hui, 22 janvier, Nétaton ne passe pas, on doit employer une béquille. On laisse la sonde à demeure.

2 mars : CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE. — Anesthésie à l'éther sans incident. En introduisant le doigt dans la vessie, on se rend compte que la prostate y fait une légère saillie, mais pas de lobe médian bien saillant ; on a l'impression que la prostate n'est pas dégénérée. On place dans la vessie un gros tube en caoutchouc fixé à la paroi par un fil métallique. Pansement.

13 mars. — Tube remplacé par sonde de Pezzer.

28 mars. — Sonde de Pezzer changée. Etat général excellent. Malade s'est bien remonté. Urine modérément trouble. Il dit avoir uriné quelques gouttes par le canal, chez lui. En garnissant la vessie et en bouchant la sonde, rien ne sort par le canal.

24 avril. — Nouveau séjour. Etat général très bon. Engraisé de 4 kilos. Urine modérément trouble. Il urine un peu par le canal. (1).

27 avril. — A l'auscultation : cœur, intermittence, pas de souffle. Poumons 0.

30 avril : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). — Anesthésie à l'éther sans incident. Pas de ligature des déférents. Incision hypogastrique médiane dépassant en bas la cicatrice qui ne descend pas jusqu'au pubis. Tissu sclérosé dur. Le doigt introduit dans la vessie passe facilement à travers la prostate. Prostate facile à décoller, difficile à enlever parce qu'elle est grosse. Lavage nitraté à 48°. Gros drain. Pansement. Une heure après l'opération, malade souffre du besoin d'uriner. Son drain est bouché par des caillots. On fait fonctionner le drain. Examen de la prostate : volumineuse, pèse 70 gr. A la coupe, aspect lobulaire, mais surtout fibreux.

9 mai 1912. — Il va très bien. 2 fois des lavages, par le tube.

(1) Avant la 1^{re} opération, il urinait en moyenne 3 lit. 1/2 en 24 heures. Après, la quantité avait un peu diminué et oscillait autour de 3 litres.

Plaie. se fermerait immédiatement si on enlevait le tube. Très bon état général.

20 mai. — Fistule fermée au bout de 18 jours. Résidu : 6 gr. Capacité : 180 gr. Urine fortement purulente. Etat général excellent.

Toucher. — Région prostatique absolument plate et même déprimée.

30 mai. — Hier et ce matin, sans aucune douleur, le malade a émis de l'urine sanglante. Actuellement, urine nettement sanglante. Petite hémorragie secondaire.

16 janvier 1913. — Va très bien, urine 6 f. par jour, sans souffrance. Urine claire, avec léger nuage d'albumine. *Au toucher*, loge prostatique occupée par une toute petite masse à 2 lobes bien délimités, sans bosselures.

Génitalité. — Rapports sexuels tous les 4 à 5 jours; même plaisir, pas de liquide.

OBSERVATION LIX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne modérée. Rétention aiguë récente. Urine infectée, puis limpide. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie au Bilroth. Ligature des déférents. Lavages par la plaie. Fistule fermée le 20^e jour. Résidu : 5 à 6 gr.*

B. R., 63 ans, cultivateur, habitant à Crestet (Ardèche), entre à l'hôpital le 10 mai 1912.

Antécédents généraux. — Marié, femme bien portante, 6 enfants dont 3 en vie.

Antécédents spéciaux. — Pas de maladie grave auparavant. A été sondé pendant 3 semaines, voilà 10 jours.

Affection actuelle. — A débuté voilà 2 ans. A ce moment, le malade avait une légère difficulté pour uriner et une augmentation toutes les fois qu'il buvait de l'alcool. Urinait 1 f. la nuit, 3 à 4 le jour. Il y a 3 semaines, après avoir beaucoup bu la

veille, fut pris brusquement d'une rétention aiguë. Demeuré environ 15 heures sans uriner jusqu'à ce que son médecin le sonde. Sondé 2 f. par jour pendant 10 jours.

Mictions. — 3 à 4 la nuit, autant le jour. Cuisson légère dans la verge en urinant.

Urine. — Très trouble; quantité en 24 h. : 1600 gr. Hématurie 0.

Prostate. — Augmentée de volume, rénitente; lobe droit un peu plus gros que le gauche. La pression fait sortir du liquide, elle se délimite bien, pas de signes de dégénérescence.

Reins. — Non perçus.

Testicules. — 0.

Etat général. — Bon; appétit excellent, parfois soif. Cœur et poumons : 0. A son entrée, urines extrêmement sales : Un lavage nitraté.

14 mai. — Sans aucun traitement jusqu'à ce jour, l'urine s'est clarifiée.

Mictions. — 5 la nuit, 5 le jour, plus faciles le jour que la nuit.

Résidu. — 200 gr., limpide; quelques filaments, pas d'A.

15 mai. — PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE. Anesthésie au Bilroth. Syncope respiratoire, cyanose, pouls bon. Respiration artificielle. Anesthésie suspendue un moment, puis continuée à l'éther. Ligature des déférents 2 points, de suture de chaque côté. Vessie garnie avec du nitrate d'argent à 0,25 o/oo.

CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE. — PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE en aidant avec l'index dans le rectum. Lavage chaud. Tube de Freyer fixé à la peau. Une mèche en haut, une en bas. Poids de la prostate : 31 gr. Lobe droit plus gros que le gauche. A la coupe, les 2 lobes ont un aspect glandulaire, mais dans le lobe droit, on trouve un assez gros nodule adénomateux. C'est ce nodule qui faisait saillie.

Freyer enlevé le 3^e jour.

Sonde à demeure avec une Nélaton 20 qui passe facilement. Lavage de la vessie, l'eau ne passe pas par la plaie.

3 juin. — Après, sonde à demeure pendant 3 jours. Fistule fermée (20^e jour). Quantité d'urine : la nuit, 6 mictions, 1 lit. 500. Le jour, 1 lit. en 5 mictions.

4 juin 1912. — Urine assez trouble. Résidu : 5 à 6 gr. Capacité : 260. *Toucher rectal* : On sent comme 2 petits lobes prostatiques, surtout à droite, où il est plus gros.

20 janvier 1913. — Le Dr Armandon, de Lamastre, écrit que son malade est atteint depuis 1 mois de néphrite interstitielle avec une assez grosse quantité d'albumine. Son état s'est amélioré depuis 3 semaines, mais il conserve encore pas mal d'A. Depuis son opération, il urinait 2 à 3 f. par jour et 2 f. la nuit, sans douleur. Les urines étaient claires, dit-il. Il s'était très bien trouvé de son opération, avait repris ses occupations jusqu'à ce qu'une grippe malencontreuse lui occasionne cette néphrite.

OBSERVATION LX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Première crise de rétention en 1898. Deuxième en 1906, avec accidents fébriles, émission d'un gros gravier, et abcès de la prostate. Depuis lors, rétention très modérée, variable, sans distension. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie générale. Ligature déférents. Prostate volumineuse : 290 gr. Lavages par la plaie. Fistule fermée le 26^e jour. Résidu : 10 gr.*

R., 70 ans, banquier, habitant à Lyon, entre à l'hôpital le 22 mai 1906, pour crise de rétention.

Antécédents généraux. — Bonne santé.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Il y a 8 ans, crise de rétention qui nécessite 3 à 4 cathétérismes. Depuis lors, va bien, urinant 4 à 5 f. la nuit. Depuis 6 mois, mictions un peu plus fréquentes et impérieuses. Rétention il y a 8 j. qui nécessite un cathétérisme. Dr Bonnet aurait trouvé l'urine claire. Sondé 1 à 2 f. depuis. Il y a 2 j., frisson et T. à 41°4, avec expulsion d'un gros gravier et de sang. En somme, depuis avril, 5 à 6 mictions, la nuit, qui n'étaient pas toutes efficaces.

Prostate. — Très grosse, élargie, sans bosselures, rénitente.

24 mai. — Dr Rafin sonde le malade 3 f. par j. Résidu : de 400 à 600 gr., trouble et fétide. Grand lavage boricé et nitraté. La sonde traverse difficilement la prostate. Au début, l'écoulement est souvent arrêté par des débris rougeâtres et graveleux. Actuellement, urine un peu améliorée comme odeur et comme pureté. On fait un petit lavage nitraté. Langue sèche. Anorexie. La T. a baissé : 38° le matin, 38°2, le soir. Ce matin : 38°6, ce qui tient à ce que la sonde a passé un peu plus difficilement hier soir.

25 mai. — Toujours 3 cathétérismes par jour. Urine n'a plus d'odeur, est modérément trouble. Après le cathétérisme, la contraction vésicale, à vessie vide, est douloureuse. Aujourd'hui, cathétérisme qui a ramené 400 gr. T. 38°2, matin, 38°7 soir. Etat général un peu amélioré. Au toucher : prostate un peu molle et il semble que le lobe droit soit un peu plus gros. On se demande s'il n'y a pas un abcès.

12 juin 1906. — On a continué un lavage par jour (Dr Gonnet). Résidu varie de 60 à 80 gr. 4 à 5 mictions la nuit. Marche n'influe pas. Etat général bon. Appétit revient. Urine limpide avec filaments. Traces d'A. S. : 0. Prostate un peu diminuée, mais toujours de consistance molle, le lobe droit semble un peu plus petit et moins sensible que le gauche.

26 juillet. — Interruption des cathétérismes du 12 au 26 juin. Le 25 juin, frisson. Le lendemain, 26, il est sondé par le Dr Bonnet une fois, pendant 8 jours. Résidu : 45 gr., peu trouble. Le 25 juin, débâcle de pus par l'urètre. Depuis le 6 juillet, lavage tous les 3 jours, puis tous les 5 jours ; et depuis le 21 juillet, plus de traitement. Résidu était toujours de 40 à 50 gr. Etat général bon. Urine trouble, sans odeur, acide. Résidu : 15 gr., trouble.

Prostate. — Toujours la même chose ; lobe droit plus petit que le gauche. L'ensemble paraît plus ferme.

Traitement. — Pas de cathétérisme. Surveiller l'urine et le nombre de mictions.

6 décembre 1906. — Pas de sondage, 3 mictions la nuit, faciles,

sans odeur. Le 24 novembre, à la suite d'un voyage par chemin de fer, un peu de frisson le soir et une petite émission sanguinolente. Depuis quelques jours, a besoin d'uriner, la nuit, vers 3 h., et ne le peut. De même à 5 h. En se levant, à 7 h., urine 3 à 4 f. de suite, sans douleur. Urine assez trouble, odeur bizarre.

Prostate. — Semble un peu grosse; lobe droit un peu mou.

12 décembre. — Rétention de 2 à 3 jours qui se termine par l'évacuation d'une énorme quantité de pus.

27 février 1908. — Depuis décembre 1906, va bien. Mais depuis 3 mois environ, urine un peu trouble; 3 mictions la nuit. Le jour, 3 à 4; marche ni voiture n'influent; pas de douleur. Parfois, chemise maculée de sérosité blanchâtre et quelquefois en plus, une goutte de sang. Actuellement: Urine très trouble, alcaline, de mauvaise odeur. Débris blancs. Un gros débris, examiné au microscope, est dû à des phosphates amorphes et à quelques cristaux. Ni S, ni A. Résidu: 90 gr. Capacité 140.

14 avril 1908. — Résidu: 20 gr. Urine d'odeur bizarre, très alcaline, se clarifiant beaucoup par l'acide acétique. Très peu de pus. Beaucoup de phosphates amorphes et quelques cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens; lavages boriqués et légèrement nitrés.

17 avril. — Résidu: 25 gr.

23 avril. — Urine bien améliorée, encore un peu louche. Lavage nitré à 1 p. 1000, assez douloureux. Beaucoup de dépôt dans le résidu (20 gr.) et le fond de la vessie.

8 avril 1909. — Urines restées sales. A pris, pendant 8 jours, de l'urodonal, *Mictions*: la nuit, à 1 h.; puis, vers 5 h., 2 à 3 f.; le jour, 3 à 4 f., plus lentes la nuit. Avant-hier, ayant plus marché que d'ordinaire, urine du sang. Hier, quoique s'étant reposé, une miction sanglante et, dans la nuit, hématurie abondante. Aujourd'hui, très peu de sang. Résidu: 130 gr., odeur bizarre, paquets de glaires sanguinolentes, Lavage boriqué et faiblement nitré. Prostate très grosse.

30 avril. — Après 15 lavages boriqués et nitrés, amélioration très considérable, urine jaune, presque limpide. Résidu:

85 gr. avec un peu de débris. Continuer quotidiennement lavages, puis espacer progressivement, tout en surveillant.

19 août 1911. — A fait lavages pendant quelques jours : 5 à 6, et la sonde n'a pas passé. Depuis lors, pas de traitement. Allait bien, 3 à 4 mictions la nuit, et le matin, abondante miction après sa toilette ; 2 à 3 le jour. Un soir seulement, ne peut guère uriner. Le 16, jet très faible, et la nuit, crise de rétention, violente douleur. Dr Gonnet le sonde avec Nélaton 12, le lendemain, ne peut y réussir. Depuis, va bien. La nuit dernière, 1/2 litre en 3 ou 4 mictions, sans difficulté. Prostate très grosse.

4 janvier 1912. — En septembre dernier, difficulté pour uriner. Quelques lavages, puis ne peut plus entrer la sonde. Il revient à l'hôpital, l'urine étant très trouble

Mictions. — 4 la nuit pour 25 à 30 gr. chaque fois, 2 le matin pour 250 et ensuite toutes les 2 heures un peu difficilement. Nélaton 16 passe avec peine. Une petite goutte de sang. Résidu : 150 gr. sans odeur, boueux. On interrompt le lavage pendant lequel il saigne un peu.

5 janvier. — Bien mieux. Une seule miction la nuit dernière. Résidu : 220 gr., brun hématique, bien moins purulent, un peu mal odorant.

13 janvier. — 100 gr. le matin, 350 le soir. N'a pas pu uriner avant.

23 avril. — A été sondé 1 f. par jour. Résidu varie de 30 à 80 gr., habituellement 60 gr. Mictions : 2 la nuit.

6 juin. — Du 23 avril au 26 mai, sondé tous les jours par le Dr Vincent ; résidus : de 30, 35, 80, 60, 100 gr. Il part à la campagne le 24 mai. Plus de sondage jusqu'au 2 juin. Ce jour-là, rétention complète, et le Dr Durand sort 1200 gr. La sonde passe assez bien. Prostate : très grosse, le lobe droit semble avancer un peu plus vers l'urètre membraneux. Pas de bosselures. Cœur : 0. Pas d'intermittence. Poumon : quelques râles. Il crache parfois.

12 juin : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Rafin). Anesthésie générale. Ligature déférents. Enucleation de l'énorme prostate se fait bien. La difficulté provient des dimensions qui em-

pèchent le doigt d'aller en arrière. On la morcelle. Hémorragie très modérée. Prostate pèse 290 gr.

16 juin. — Cathétérisme de l'urètre. Lavage.

17 juin. — Jusqu'à aujourd'hui, état bon. Mais après un bon repas, vive douleur du côté du foie avec fièvre. On sent une tuméfaction dans la région de la vésicule. Serait-ce une colique hépatique ?

18 juin. — Cette masse paraît plutôt être le rein droit augmenté de volume : ballonnement lombo-abdominal.

22 juin. — Va bien. Fièvre baisse.

26 juin. — Drain supprimé.

6 juillet. — Fistule paraît fermée.

8 juillet. — Fistule fermée le 26^e jour.

13 juillet. — Exeat. Urine tendant à s'éclaircir, sans odeur. Pas de cathétérisme.

27 juillet. — Etat général bon. Urine : 1 verre très trouble, le reste presque limpide. Résidu : 10 gr. léger nuage d'A. *Toucher* : Région prostatique indurée. Rein un peu perçu.

13 août 1912. — Urine encore trouble. On sent encore un peu le rein droit.

14 août. — Etat général bon. *Mictions* : 1 ou 2 la nuit ; parfois, après mictions, urine 30 à 40 gr. Jet bon et abondant. Urine 6 f. par jour. A eu une crise douloureuse dans côté droit après promenade en automobile en octobre, avec 38°2 de fièvre. Le Dr Durand lui a fait une piqûre de morphine la nuit. Durée 2 à 3 jours. Conjonctive un peu jaune. Urine encore louche. Rein droit non perçu, non douloureux. Albumine : traces minimes (du pus.)

Radiographie urinaire, négative (Dr Arcelin).

OBSERVATION LXI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète sans distension. Prostatectomie hypogastrique : 13 calculs dans la vessie. Fistule fermée le 18^e jour.*

D... A., 65 ans, négociant en spiritueux, habitant à Valence, entre à l'hôpital le 31 janvier 1908 pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Dyspepsie. Rhumatismes il y a 10 ans. 4 enfants dont un mort de bronchite et l'autre d'embolie.

Antécédents spéciaux. — Deux blennorrhagies, l'une à 22 ans qui a duré 2 à 3 mois. Pas d'orchite, un peu de cystite, pas de sang. La 2^{me} à 28 ans, même durée, pas d'orchite, pas de sang.

Début de la maladie. — Depuis 2 à 3 ans, mictions plus lentes et jet plus étroit. En mai 1907, douleur en urinant. Mictions fréquentes. Traité par des médicaments. En septembre 1907, 3 séances d'électrolyses par le Dr Vernay. Amélioration immédiate. Jet plus normal, mais toujours un peu douloureux. Urinait 5 à 6 f. la nuit, autant le jour. Le 1^{er} décembre 1907, recrudescence de la cystite et depuis lors, il souffre avec ténésme. Il y a quinze jours, le Dr Romain trouve 200 à 220 gr. Depuis lors, se sonde tous les jours à 11 h., ce qui lui procure 5 h. de tranquillité ; après quoi, malaises recommencent ; efforts pour uriner inefficaces.

Mictions. — 4 à 5 la nuit.

Urine. — Trouble, un peu d'A. Pas de S.

Urètre. — Boule 17 passe, avec un ressaut à l'entrée de l'urètre membraneux.

Vessie. — 220 gr. de résidu.

Prostate. — Modérément hypertrophiée, sans bosselure, sillon net.

Etat général. — Bon, appétit conservé, pas de soif.

Traitement. — 4 à 5 cathétérismes par jour avec lavages bori-qués. Lavements chauds.

14 avril 1908. — S'est sondé 4 f. en 24 h., avec 2 lavages, de 7 h. matin à 10 soir. Résidu : 190 à 220 gr. Lavage très chaud à 5 h. matin. De 10 h. à 5 h. 1 à 2 mictions, non douloureuses, peu abondantes. Dans la journée, urine très peu. A cause de ses cathétérismes toutes les 4 h., est bien tranquille. En somme, va bien. Urine limpide. Ni A., ni S. Résidu : 300 gr. Capacité vésicale : 280. Quand il prend un lavement chaud le matin, il urine facilement, et le résidu tombe à 100 gr.

22 février 1912. — S'est sondé 6 f. depuis avril 1908. Résidu : 250 gr, en moyenne. En dehors des sondages, parfois n'urine rien ; parfois, 1 à 2 verres à liqueur. Rétention est presque complète. Se sonde facilement avec Nélaton 12. Jamais de sang. Jamais de difficulté pour uriner. Se lave 2 f. par jour. Bon appétit. Pas de soif. Constipation.

Urètre. — Boule 17 passe librement.

Urine. — Peu trouble, un peu odorante. Capacité vésicale : 280 gr.

Prostate. — Pas de dégénérescence. Ni S. ni A. Il semble qu'il y ait 95 chances $\%$ dans une prostatectomie. On lui conseille lavages plus fréquents.

11 juin. — Il y a 10 jours, après une purgation parce qu'il était constipé, son appétit à un peu diminué, urine un peu plus trouble. Un peu d'A., pas de S. Quelques intermittences au cœur, rien au poumon.

13 juin : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Anesthésie à l'éther sans incident. Ligature déférents. Vessie garnie. Taille hypogastrique. Dans la vessie, 13 calculs, un gros comme une petite noix, trois comme une noisette et 9 tout petits. Ces calculs sont arrondis ou pyramidaux, à crêtes mousses. De coloration jaune brun, paraissant composés d'acide urique. Pèsent en tout 11 gr. Lavage par la sonde et, en même temps, en s'aidant avec l'index gauche introduit dans le rectum, on décolle la prostate avec l'index droit. Prostate petite, mais difficile à énucléer. Elle se partage suivant le sillon médian, et on retire les 2 lobes l'un après l'autre. Lavage chaud. Tube de

Freyer. Mèche en haut et en bas. Pansement. Poids de la prostate : 16 gr.

20 juillet. — Fistule s'est fermée au bout de 18 jours. Capacité vésicale : 150 gr. Résidu : 10 gr. *Toucher rectal* : On sent, de chaque côté, comme un petit noyau prostatique.

20 avril 1913. — Malade écrit aller parfaitement bien. Il a encore un peu de résidu et s'est fait faire lavages vésicaux. *Mictions* : 3 la n., 3 le j. pour 850 gr. d'urine. *Génitalité* : N'a essayé aucun rapport sexuel depuis l'opération, mais s'en croit capable.

OBSERVATION LXII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne. Rétention brusque. Difficulté de cathétérisme améliorée par le traitement. Rétention persiste à peu près complète après 18 jours de traitement. Langue un peu rouge. Accidents fébriles. Opération en deux temps : Taille hypogastrique. 15 jours après : Prostatectomie sus-pubienne. Lavages par la plaie. Fistule fermée le 21^e jour. Résidu nul.*

F. H., 70 ans, cultivateur, habitant à Villevocance (Ardèche), entre à l'hôpital le 13 mai 1912 pour dysurie.

Antécédents généraux. — Marié, femme en vie; 4 enfants vivants, 8 morts.

Antécédents spéciaux. — Sondé il y a 15 jours.

Affection actuelle. — Début il y a 5 ans; il urinait 5 à 8 f. la nuit; autant le jour, mais les mictions étaient plus faciles. Il existait, à ce moment, des cuissos dans l'urètre. Etat général bon, mictions se faisant assez bien quand, voilà 15 jours, ayant bu plus que de coutume, le malade eut une rétention brusque qui dura 12 heures avant qu'il fût sondé par le Dr Pouilly qui retira de la vessie plus d'un litre d'urine. Le lendemain, il entre à l'hôpital d'Annonay où l'infirmier ne peut le sonder et le fait saigner.

Dans la suite, il y a des jours où la sonde passe, et d'autres où l'on doit ponctionner la vessie (6 ponctions). Depuis le 11 mai, malade a la sonde à demeure.

Mictions : 4 à 5 la nuit, 10 le jour avant la crise de rétention ; légère cuisson.

Urine : Trouble, avec filaments. A. en quantité importante.

Urètre : Nélaton 16 passe très facilement.

Prostate : Nettement hypertrophiée, molle, plate, se délimitant bien sur les côtés, et moins bien en haut. La pression fait sourdre quelques gouttes de liquide par l'urètre.

Reins : Non perçus.

Testicules : 0.

Etat général : Bon, soit un peu vive ; appétit en partie conservé ; rien au cœur. Au poumon, sibilances dans toute la hauteur des 2 poumons ; pas de T.

14 mai. — Lavage nitraté.

20 mai. — Malade sondé régulièrement. Le jour, rétention à peu près complète ; la nuit, sonde à demeure. Hier soir, 39°8. A partir d'aujourd'hui, sonde à demeure.

29 mai. — Etat général bon ; langue encore un peu rouge ; urine presque limpide.

1^{er} juin. — *Taille hypogastrique* ; sonde de Pezzer à demeure. Pas de lobe saillant médian.

15 juin : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE. — Rachistovaïnisation échoue. Anesthésie générale sans incident. Incision transversale pour éviter l'ouverture du péritoine. Prostate s'énuclée facilement. Lavage de la vessie avec une solution nitratée. Tube de Freyer. Pansement. Prostate pèse 55 gr.

Suites. — Fistule fermée le 21^e jour.

Juillet. — Exeat. Mictions : 4 la nuit, 2 le jour. Résidu : nul.

16 janvier 1913. — Il écrit qu'il va bien, urine 4 à 5 f. le jour, 2 au maximum la nuit. Urines claires. Il se porte très bien et s'applaudit d'avoir été opéré.

OBSERVATION LXIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Dysurie datant de 6 ans. Rétention chronique incomplète sans distension. Sondé 3 fois par jour, puis taille hypogastrique et sonde de Pezzer. Prostatectomie sus-pubienne, pas de ligature des déférents. Rachinovocaïnisation. Hémorragie post-opératoire abondante ayant nécessité le tamponnement de la loge prostatique. Infection consécutive ayant nécessité le drainage périnéal. La fistule périnéale très longue à se fermer. Bien guéri.*

G... F., 72 ans, jardinier, habitant à Saint-Genis-Laval (Rhône), entre à l'hôpital le 16 janvier 1912 pour rétention.

Antécédents généraux. — Marié, femme bien portante, 2 enfants bien portants.

Antécédents spéciaux. — Pas de maladie auparavant. Hydrocèle droite ponctionnée; il y a 12 ans, par le Dr Pianté.

Affection actuelle. — Difficulté pour uriner depuis 6 ans. Il y a 2 ans, rétention complète pendant 2 jours. Le Dr Pianté le sonde pendant 40 jours avec interruption de 8 jours. Dernière rétention date du 7 décembre 1911. Le Dr le sonde 2 f. par j. pendant 40 j. Sondages suivis de lavages. Jamais d'hématurie. Urine toutes les 5 minutes sans douleur. Urines troubles depuis 3 semaines. Quantité en 24 h. serait d'un litre. D'après renseignements donnés par malade, peu explicites du reste, il avait de la dysurie nocturne entre les 2 crises de rétention, urinant de 10 à 20 f. l'hiver et à peu près autant l'été.

Urine. — Très trouble avec énorme dépôt.

Urètre. — Nélaton 18 passe très facilement.

Vessie. — Résidu : 500 gr. (le 10 janv. 1912).

Prostate. — Considérablement augmentée de volume, saillante, de consistance ferme, sillon très net. A la partie supérieure du sillon, un petit noyau, un autre sur la face postérieure du lobe droit, un autre sur bord supérieur du même lobe. A part ces

noyaux, impression que cette prostate n'est pas dégénérée et s'énucléerait facilement.

Reins. — Non perçus, non douloureux.

Testicules. — Un peu de liquide dans vaginale des 2 côtés, grande sensibilité à droite.

Etat général. — Médiocre, perte de l'appétit. langue sèche et saburale; cœur et poumons normaux, soif ardente.

Traitement. — Sondage 3 f. par jour.

19 janvier 1912. — Urine à peu près complètement clarifiée. Pas, d'A. Rétention persiste. Appétit très médiocre.

24 janvier. — Rétention persiste complète. Urine tend à se troubler un peu. Présence importante d'A. Etat général amélioré. A repris appétit.

27 janvier 1912. — Anesthésie au Bilroth sans incident. *Taille hypogastrique* : Un gros tube est placé dans la vessie et fixé par un fil métallique fin.

31 janvier. — Va un peu mieux, mais on a la sensation absolue qu'il n'aurait pas supporté la prostatectomie.

13 février. — Exeat.

9 mars. — 2 f. par j. lavage nitraté par l'urètre. Aujourd'hui on change sonde de Pezzer. Etat général amélioré, bon appétit. Forces reviennent très lentement. N'urine pas par le canal, il sourd constamment un peu de pus par le méat.

28 mars. — Etat général stationnaire. Malade se plaint de ce que sa sonde est bouchée parfois par urine glaireuse. En garnissant la vessie, et en bouchant la sonde de Pezzer, malade n'urine pas par le canal. Urine trouble, glaireuse, malade se fait 2 lavages par jour, on lui conseille d'en faire davantage.

25 avril. — Etat général amélioré. Urine trouble, sans odeur. N'urine pas par le canal. Un peu de douleur à la fin de la miction.

23 mai. — Souffre de la vessie. Sonde incrustée adhérente. On la change.

6 juin. — Souffre un peu de la verge et de la vessie quand il urine. Urine toujours très trouble.

15 juin : PROSTATECTOMIE (Dr Rafin). — RACHINOVOCAÏNISATION

avec anesthésie rapide. Incision en croix. Le péritoine est à fleur de peau, mais il n'est pas ouvert. Prostate vient facilement, mais, malgré lavage très chaud, il se produit une hémorragie abondante qui affaiblit rapidement le malade qui tombe dans un état syncopal. On doit lui faire de la caféine et du sérum (500 gr.). Au bout d'une demi-heure, hémorragie cesse à peu près. Dans la soirée, comme hémorragie continue et que le pouls devient faible et rapide (120) on fait tamponnement de vessie avec mèches trempées dans solution de ferri-pyrine. L'état syncopal nécessite injection (1.500 gr. sérum), qui remonte légèrement le malade. Prostate pèse 95 gr.

16 juin. — Ce matin, on enlève mèches, hémorragie cesse complètement, mais état général du malade encore mauvais : pâleur de la face, faiblesse des jambes, soif ardente.

18 juin. — Etat général étant mauvais : rapidité du pouls, T. à 40, on fait une contre-ouverture au périnée où l'on place un drain qui plonge dans loge prostatique. De crainte d'une hémorragie, on laisse pinces à demeure et on tamponne avec mèches.

24 juin. — Etat général amélioré lentement; langue est devenue humide.

27 juin. — Un peu d'œdème du pied gauche; langue sèche.

8 juillet. — Liquide vésical purulent et extrêmement fétide. Cependant, par le lavage, urine est immédiatement claire. Etat général reste satisfaisant.

26 juillet. — Fétidité a disparu, plaies se cicatrisent, mais état général se remonte peu.

1^{er} août. — Va mieux, appétit revient, mais plaie hypogastrique suppure toujours beaucoup. Lavage par la sonde urétrale. Liquide ressort par plaie périnéale et plaie hypogastrique. En introduisant ensuite la sonde par la plaie hypogastrique, elle s'enfonce profondément et le lavage fait sortir autour de la sonde quantité assez importante de pus, alors que rien ne coule par en bas. Il semble qu'il y ait un diverticule indépendant.

12 août. — Explorateur à boule 18 franchit et après un petit frottement, pénètre dans vessie, il en est de même d'une sonde à bécuille 18 qu'on laisse à demeure. Depuis dernière interven-

tion, état général considérablement amélioré. Il persiste petite fistule périnéale. Plaie latéro-vésicale admet encore le doigt, mais suppure moins. Sonde à demeure fonctionne bien. Urine assez claire.

31 août. — Etat général très amélioré. Plaie hypogastrique n'a plus qu'un léger suintement de pus. Toujours sonde à demeure, n'urine pas encore par l'urètre.

6 septembre. — Plaie toujours ouverte. Un peu d'urine passe par plaie. Encore sonde à demeure.

27 septembre. — Orchite droite très douloureuse. Toujours sonde à demeure. Plaie non cicatrisée.

6 octobre. — Orchite guérie. Plaie ne mouille plus.

12 octobre. — Malade se lève. Fistule périnéale s'est rouverte depuis 2 ou 3 j. Plaie hypogastrique suppure toujours un peu.

21 octobre. — Sonde à demeure enlevée le 4 octobre. Comme il persiste une petite fistule périnéale, on la remet le 15 octobre, et on l'enlève le matin.

19 novembre. — Cautérisation de la fistule périnéale au thermo-cautère.

28 novembre 1912. — Cautérisation au galvano-cautère. Pas de résultat. Fistule persiste. Le malade part et doit revenir dans quelque temps pour subir l'ablation plus radicale de sa fistule.

16 janvier 1913. — Il revient se montrer. Au toucher, loge prostatique occupée par une masse un peu diffuse où on reconnaît cependant 2 lobes dont le droit est de consistance molle et dont le gauche présente 2 bosselures dures, grosses comme un pois. Urine très claire. Ni S. ni A.

OBSERVATION LXIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique, légère distension. Urine trouble. Etat général laisse à désirer. Traitement par la sonde à demeure. Opération en 2 temps : Taille hypogastrique. Deux mois après : Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. Lavage par l'urètre. Fistule fermée le 20^e jour. Résidu : 10 gr.*

E. M., 68 ans, ancien employé de banque, habitant à Lyon, entre à l'hôpital pour rétention d'urine, le 27 février 1912.

Antécédents généraux. — Veuf; femme morte d'une attaque; une fille morte d'affection inconnue.

Antécédents spéciaux. — Eczéma généralisé à 25 ans, puis de nouveau, il y a 18 ans. A été sondé, il y a 12 ans, pour rétention aiguë. Depuis 9 ans, malade se sonde d'une façon intermittente. 4 fois par jour, depuis décembre 1911. Entre à l'hôpital parce que sonde ne passe plus depuis 2 jours. Urines troubles depuis 2 mois. Pas d'hématurie, mais ces derniers temps, passage de sonde le faisait saigner. A l'entrée, vessie remontant à 2 travers de doigt de l'ombilic.

Urine. — 4 mars : Trouble, gros disque d'A. 6 mars, s'est bien améliorée.

Urètre. — Nélaton 18 ne passe pas. Boule 18 arrêtée dans traversée prostatique. Béquille 18 passe. Un peu de sang.

Vessie. — Résidu : 500 gr. au minimum, pas de douleur à l'évacuation.

Prostate. — Très volumineuse, de consistance élastique, non bosselée.

Testicules. — Petit kyste de l'épididyme droit. Etat général médiocre. Soif peu marquée. Pas de T. Rien au cœur ni au poumon.

21 mars 1912. — Malade a sonde à demeure (en gomme) depuis son entrée. Etat légèrement amélioré. Urines moins troubles, plus ambrées. Il a moins soif. Etat général assez bon.

23 avril 1912 : TAILLE HYPOGASTRIQUE. — Bonne anesthésie au Bilroth; incision sus-pubienne. Drain placé dans la vessie et fixé à une des lèvres de la plaie. Prostate énorme. Lobe médian, comme une noisette, fait nettement saillie dans la vessie. Malade bien amélioré par sonde à demeure. Depuis 15 jours, mange bien, mais encore un peu polyurique. Dr Rafin a renoncé à faire la prostatectomie à cause de la grosseur de la prostate et de la sécheresse de la langue.

23 mai. — Il revient parce que cheville gauche un peu enflée depuis 1 mois; un peu de douleur dans mollet, le matin, au lever. Etat général excellent. Prostate très grosse, non dégénérée, sil-lon bien net.

3 juin. — Urine légèrement trouble, avec quelques débris. A. en quantité très légère.

Culot. — Nombreux leucocytes, pas de sang ni de cylindres.

6 juin. — Toujours légère douleur du pied gauche avec un peu d'œdème. Prostate : Toujours énorme, mais, en raison de l'œdème de la jambe gauche qui pourrait provenir d'une phlébite, on retarde l'opération d'un mois.

24 juin. Plus d'œdème de la jambe. Cœur et poumons : 0.

25 juin : PROSTATECTOMIE (Dr Rafin). — Anesthésie à l'éther. Vessie garnie de nitrate. Incision hypogastrique longitudinale sur la cicatrice et incision transversale. Incision transversale de la vessie; on laisse vider la vessie avant de l'inciser complètement. Index droit dans la vessie, le gauche dans le rectum, on décolle la prostate après l'avoir partagée en deux pour plus de facilité et pour la sortir. Elle pèse 135 gr. Muqueuse vésicale est scléreuse. Lavage chaud et abondant. Tube de Freyer fixé à la peau. Un peu d'hémorragie qui s'arrête après un second lavage.

Fistule fermée le 20^e jour après l'opération. Exeat.

1^{er} août 1912. — Vient se montrer. Urine trouble, sans odeur, bon appétit, quelques douleurs dans les jambes.

16 janvier 1913. — Bon état général. Urine 7 à 8 fois le jour, 3 f. la nuit, environ 1600 gr. par jour. Petite brûlure à la fin de la miction. Urine très trouble, assez gros disque d'A. Au toucher,

loge prostatique vide, plate, souple. Rapports sexuels nuls. Il éprouve à peine quelques désirs qu'il ne peut mettre à exécution.

OBSERVATION LXV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète, de quantité irrégulière. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Anesthésie à l'éther. Ligature des déférents. Mort le septième jour de pneumonie.*

F. C., 62 ans, marchand de fourrages, habitant à Valence (Drôme), entre à l'hôpital le 2 août 1908, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Marié, femme bien portante, 2 enfants de 32 et 24 ans, bien portants. Un peu d'alcoolisme professionnel.

Antécédents spéciaux. — Syphilis il y a 15 ans.

Début de la maladie. — Il y a 3 ans, urinait déjà 20 f. par jour quand il fut pris d'une rétention d'urine. Sondé une seule fois, il alla bien. Depuis lors, 3 autres rétentions nécessitant un seul sondage tous les 2 ou 3 mois. Dernière date d'il y a 15 jours, et depuis se sonde 4 à 5 f., puis 2 fois. Hier soir, pas de sondage, mais a uriné toutes les h. cette nuit et ce matin.

Etat actuel. — *Mictions* : Dans l'intervalle des rétentions, 4 à 5 la nuit ; le jour, toutes les heures et parfois plus ; marche ni voiture n'influent. Parfois un peu de cuisson.

Urine : Limpide, quelques filaments. Quantité : 23 juin 1912, 1 litre en 24 h. Ni S. ni A.

Urètre. — Béquille 17 passe librement, non serrée dans traversée prostatique.

Vessie. — Résidu : 120 gr, Capacité : 160.

Prostate. — Peu hypertrophiée, consistance normale, pas de bosselures.

Etat général. — Appétit conservé, pas de soif, constipation ancienne.

Traitement. — Hygiène, cathétérisme.

5 novembre 1908. — Ne s'est plus sondé. La nuit, 4 à 5 mictions, quelquefois 6 à 7. Le jour, toutes les heures, et même plusieurs fois l'heure. Parfois jet minime, parfois jet fort. Capacité vésicale : 200 gr.

20 février 1909. — Un mois après la visite, besoin plus fréquent (7 à 10 mictions la nuit et brûlure); cela dure ainsi quelques jours, puis état s'améliore sans cathétérisme. Va bien pendant 15 jours. Rechute depuis 10 jours environ. Mictions plus fréquentes : 8 à 10 la nuit. A peu près même résidu.

Urine. — Louche et pâle, aspect de polyurie. Pas d'A. Pas d'odeur. Résidu : 210 gr. Appétit conservé. Pas soif.

23 février. — 2 cathétérismes par jour par Dr Verrière : Résidus 80 gr., 35, 35, 60, 60, 45. En dehors du sondage, la nuit dernière : 8 mictions de 11 h. 1/2 à 1 h. Depuis cathétérisme de ce matin, toutes heures 1/2 environ. T. : 37° à 37°2. Quantité : a uriné plus d'un litre, la nuit dernière. Résidu : 75 gr., jaune ambré, limpide, pas d'A. Capacité : 170 gr.

27 février. — A été sondé 2 f. les 2 premiers jours et 1 f. par Dr Verrière les 3 autres jours. Résidu de 30 à 45. *Mictions* : la nuit, 4. Et la nuit dernière : 3. Donc bien moins. *Urine* : limpide, jaune, avec filaments. 380 gr. la nuit dernière, 300 gr. l'avant-dernière.

25 octobre 1911. — Pendant 2 à 3 mois, se sonde à peu près tous les jours. Résidu de 30 à 60 gr.; puis tous les 3 à 4 jours pendant 6 mois. Pas de rétention ni en 1910, ni en 1911, mais a repris lavages presque quotidiens depuis un mois. Résidu de 30 à 60 gr. Ce qui l'augmente, c'est qu'on retire un peu de sang avec la sonde.

Mictions : toutes les h. 1/2 en moyenne la nuit. On trouve 250 gr. de résidu le soir.

Urine : pâle et louche, pas d'A.

15 juin 1912. — Se sonde tous les 2 ou 3 j., ou tous les 5 à 6. Résidu : 40 à 60 gr. Sonde le fait saigner un peu. Pas de fièvre. *Mictions* : 3 à 8; le jour, parfois 3 dans 1 heure. Voiture ni marche n'influent. Parfois un peu de brûlure. Résidu : 200 gr. assez

trouble. Albumine : des traces à cause du pus. Prostate s'enlèvera bien ; la fréquence des mictions est-elle due à la cystite ou à la prostate ? On lui conseille d'entrer à l'hôpital pour qu'on puisse l'étudier, mais quand on a eu désinfecté la vessie, il urinait aussi souvent.

20 juin. — Résidu : 60 gr., trouble. Capacité : 200 gr. Sonde à demeure en vue d'une cystoscopie.

22 juin. — Cystoscopie. Ni calculs, ni tumeur : muqueuse vésicale un peu enflammée ; le lobe médian de la prostate forme une saillie assez importante. Opération pas absolument nécessaire, mais moment favorable.

24 juin. — Auscultation : cœur et poumons 0. Malade désire être opéré.

25 juin : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Anesthésie à l'éther ; vessie remplie de nitrate d'argent à 1 p. 1000 ; ligature des déférents. Lobe médian de la prostate fait, dans la vessie, une saillie grosse comme un pois. Prostate difficile à décoller, se déchire un peu. Lavage chaud et abondant. Tube de Freyer. Mèche au-dessus, mèche au-dessous. Pansement. Prostate pèse 51 gr. Tube laissé 3 jours. Aucun accident opératoire ni du côté de la plaie. Dès le lendemain, agitation, pouls seul rapide.

30 juin. — Pneumonie très nette de la base gauche avec souffle (malade ausculté seulement aujourd'hui). Il n'a pas eu de point de côté, mais une douleur dans le ventre à gauche. Un petit crachat un peu jaune. Etat grave.

1^{er} juillet. — Mort.

OBSERVATION LXVI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique complète, sans distension, datant de 10 ans. Léger rétréci de la partie antérieure de l'urètre. Urine infectée. Prostatectomie sus-pubienne. Rachistovainisation. Ligature des déjérents. Lavages par la plaie. Fistule fermée le 25^e jour. Résidu : 20 gr.*

M. T. G., 69 ans, ancien industriel, habitant à Clermont-Ferrand, entre à l'hôpital le 4 juillet 1912, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Fièvre typhoïde à 20 ans. 2 enfants bien portants.

Antécédents spéciaux. — Une blennorragie. Exploration par le Dr Bousquet en 1903. Lors du 1^{er} cathétérisme, on a passé une bougie 18.

Affection actuelle. — Depuis 20 ans, un peu de difficulté. Une seule miction la nuit. En 1903, presque tout à coup, rétention. Souffre pendant 7 jours. Avait eu de la fièvre, perdu l'appétit. Dr Fourniol le sonde 15 jours, puis Dr Bousquet. Urine fétide. Après, se sonde lui-même, 4 f. en 24 heures. Rétention complète. Hématuries considérables en mai 1906, 1910 et 1912, chaque fois, après fatigue ou ennui; la dernière accompagnée de fièvre.

Urine. — Presque limpide; quantité : 1550 gr. Un peu d'A.
Culot : globules de pus en quantité modérée.

Urètre. — Boule 16 passe difficilement en arrière du méat, puis le franchit; au retour, sensation de ressaut dans l'urètre postérieur.

Prostate. — Volumineuse, nette, saillante, sans bosselures.

Reins. — Droit 0; gauche : on sent une petite masse mobile qui est peut-être le rein.

Etat général. — Assez bon; souffle athérôme, il tousse un peu. Appétit diminué depuis dernière crise, tend à revenir.

10 juillet 1912. — Urine très modérément trouble ; A. environ 50 cgr. *Culot* : globules de pus et hématie, pas de cylindres.

PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (D^r Rafin). — RACHISTOVAÏNISATION : 8 cgr. de stovaine. Bonne. A senti un peu l'incision de la peau et la dernière suture, mais non l'opération ni la ligature des déférents. Taille hypogastrique. Enucléation facile de la prostate ; lobe médian saillant qui est le prolongement du lobe gauche. La muqueuse, qui tapisse le lobe, forme un gros clapet qu'on enlève ensuite après ligature de la base. A la coupe, prostate lobulée et très juteuse. Poids 120 à 140 gr. Suites très simples. Lavage nitraté matin et soir par la plaie.

7 août. — Depuis le 18 ou le 20, l'urine passe en partie par l'urètre. Fistule fermée le 25^e jour. Cathétérisme avec béquille 16. Résidu : 26 gr., modérément trouble. Etat général : assez bon.

10 août. — Exeat.

1^{er} septembre. — Son fils écrit que le voyage s'est bien effectué. Les forces lui reviennent. Appétit faible. Le 20, passage facile de bougies 14, 15, 16. La dernière occasionna quelque cuisson.

5 septembre. — Son fils signale un incident omis dans la 1^{re} lettre. 6 jours après son départ, douleur dans le bas-ventre, brûlure dans le canal, urine sanguinolente, nuit très mauvaise. Le lendemain, rétention complète. Fièvre, frissons, froid aux extrémités, besoin très douloureux d'uriner. Enfin, après efforts répétés et une selle, très abondante émission d'urine sanglante et rejet, avec l'urine, d'une sorte de fragment de muqueuse décolorée où étaient 2 ou 3 fils noués. Puis, tout a disparu, l'urine est devenue claire et inodore.

28 décembre 1912. — Il écrit qu'il va très bien à tous égards.

17 janvier 1913. — Médecin du malade écrit que son impression n'est pas très bonne et que le malade s'est cachectisé. Les symptômes fonctionnels ; Anorexie, vomissements, amaigrissement considérable, œdème malléolaire font songer à un cancer de l'estomac bien qu'il n'y ait aucun signe objectif.

OBSERVATION LXVII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète sans distension. Prostatectomie hypogastrique. Ligature des déférents. Rachistovainisation. Fistule fermée le 36^e jour. Malade mort chez lui peu après d'une myocardite sénile.*

R... M., 70 ans, ancien tailleur d'habits, habitant au Chambon-Feugerolles, entre à l'hôpital le 2 juillet 1912, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Néant. Célibataire.

Antécédents spéciaux. — Un phimosis que l'on a dilaté il y a 6 à 7 ans. A uriné un gravier il y a 18 mois, après application de la sonde à demeure ; gravier enlevé avec sonde. Urine du sang depuis 7 à 8 ans : au début, tous les 3 à 4 mois, maintenant, presque tous les jours, pendant 1 mois. Dans l'intervalle, urine normale. Hématurie aussi bien nocturne que diurne. Repos au lit ne la modifie pas. Parfois petite difficulté à uriner.

Etat actuel. — *Mictions* : 2 la nuit ; le jour, 4 à 5 ; quand il y a du sang, il doit uriner plus souvent.

Urine. — Modérément sanglante. Hématurie plutôt au début de la miction.

Urètre. — Nélaton 18 passe librement.

Vessie. — Résidu : 200 gr. rosé. *Cystoscopie* : gros lobe prostatique médian ; muqueuse vésicale paraît normale. Pas de tumeur visible.

Prostate. — Forme et consistance normales. Pas de bosselures, mais elle est très grosse et forme une saillie perceptible par le toucher combiné. On ne peut sentir la paroi vésicale.

Reins et uretères. — 0.

Etat général. — Malade pâle et affaibli ; se remonte dès qu'il ne saigne plus.

16 juillet. — Depuis son entrée, pas d'hématurie. 3 sondages n'ont pas ramené de résidu. Urine légèrement trouble, un peu

d'A. Culot : nombreux globules blancs ; 1 à 2 globules rouges ; nombreux microbes en chaînette.

24 juillet. — Difficulté pour uriner la nuit dernière. 7 à 8 mictions. Résidu : 30 gr., modérément trouble. Prostate non dégénérée.

27 juillet. *Intervention.* RACHISTOVAÏNISATION. — Ligature déférents. CYSTOSTOMIE HYPOGASTRIQUE sur la vessie garnie avec 250 gr. de nitrate d'argent à 1 p. 1000. Dans l'urètre, on avait placé béquille 18. Exploration de vessie. Ni calculs ni tumeur ; muqueuse tapissant lobe prostatique est molle, comme fongueuse. PROSTATECTOMIE : index gauche dans le rectum ; décollement de la prostate avec l'index droit ; prostate assez grosse, mais pas difficile à énucléer. Lavage à 46°. Pas d'hémorragie importante. Tube Freyer. Mèche au-dessus et au-dessous. Point de suture en haut. Pansement. Prostate pèse 127 gr.

10 août. — Drain tombé, non remis.

12 août. — Etat de la plaie satisfaisant. Elle bourgeonne bien. Mais malade ne reprend pas appétit.

24 août. — Sonde à demeure.

31 août. — Etat général amélioré, mais n'urine pas encore par le canal.

6 septembre. — Plaie cicatrisée. Urine par le canal depuis le 4.

14 septembre. — Fistule fermée 36^e jour après l'opération. Résidu : 5 gr. Capacité vésicale : 300 gr. Urine un peu trouble.

Mictions. — 4 à 5 la nuit ; 3 à 4 le jour. Exeat. Etat général : amélioré, mais malade encore très faible.

26 septembre. — Revient se montrer. Au point de vue urinaire : état parfait, mais se plaint d'étourdissements et de faiblesse générale. Toujours teint jaunâtre, presque ictérique, qu'il avait à son entrée dans le service. On le fait voir au Dr Chaballier.

27 octobre 1912. — Examen du Dr Chaballier : malade très pâle, anémié, un peu d'œdème des jambes. On ne sent pas le rein. Aucun trouble digestif, très bon appétit. Examen du ventre, y compris l'estomac et le rein ne donne rien d'anormal. Malade se plaint seulement d'oppression, très facile au

moindre mouvement. A l'examen du cœur, on ne peut localiser la pointe, les battements sont accélérés à 108 et 110 par minute. Quelques irrégularités de rythme et même des intermittences. Pouls un peu mou. Aucun galop ; aucun bruit anormal.

30 octobre 1912. — Malade est mort chez lui.

OBSERVATION LXVIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète sans distension. Urine limpide. Prostatectomie sus-pubienne. Rachistovainisation. Ligature déférents. Lavages par la plaie. Fermeture fistule le 28^e jour. Résidu : 500 et 800 gr.*

M. J., 66 ans, cultivateur, habitant à Marges, par Saint-Donat (Drôme), entre à l'hôpital le 6 août 1912, pour rétention d'urine.

Antécédents généraux. — Marié 2 f. — 4 enfants du 1^{er} mariage, tous bien portants. Femme morte à 40 ans, d'une coxalgie probable. Marié une 2^e fois : pas d'enfant. Femme morte à 59 ans, d'un cancer.

Antécédents spéciaux. — Avoue avoir eu 2 fois de légers écoulements, mais lorsqu'on veut lui faire préciser l'époque, il ne sait ou ne veut la dire. Pas d'éthylisme. Aucune affection grave antérieure.

Affection actuelle. — Malade ne peut complètement vider sa vessie depuis 5 mois. Début de cette affection apparut à la suite d'une constipation durant depuis quinze jours. Déjà, depuis 2 ans, obligé de faire longs efforts pour uriner, et avait alors, déjà la sensation de ne pouvoir vider complètement sa vessie. Sondé par Dr Lémonon, il y a 5 mois, puis par sa fille, et enfin par lui-même. Mais ne se sonde qu'une f. par jour, au lieu de 2 comme le conseillait le médecin, et pas à une heure fixe. Jamais la nuit. Antérieurement à la crise, depuis 2 ans environ, éprouvait fréquents besoins d'uriner, avec sen-

sation de brûlure. Urinait de 4 à 5 f. la nuit ; le jour, toutes les 2 h.

Mictions. — 4 à 5 f. la nuit ; le j., toutes les 2 h. Brûlure à la miction.

Urine. — Très claire, pas d'A. ni de S.

Urètre. — Nélaton 18 passe librement.

Vessie. — Capacité : 200 gr.

Prostate. — Volumineuse, forme et consistance normales, bien que le sillon ne soit pas très perceptible.

Testicules. — Gauche : 0. Droit : très légère induration de la queue de l'épididyme.

Etat général. — Assez bien conservé, mais dit son appétit beaucoup diminué depuis sa crise. Toujours altéré.

9 août 1912 : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). RACHISTOVAÏNISATION. — Lavage de vessie garnie nitrate d'argent. Ligature déférents. Taille hypogastrique : rien de particulier pour la vessie. Pas de diverticules ; orifice prostatique large, on peut y mettre le doigt. Index gauche introduit dans le rectum, on décolle prostate avec index droit. Prostate difficile à décoller au niveau de l'urètre membraneux. Lavage nitraté à 47%. Pour sortir prostate, on doit agrandir légèrement incision vésicale. Tube Freyer. Mèches. Point de suture en haut. Pansement. Prostate pèse 75 gr. ; aspect lobulé.

12 août. — Freyer enlevé, remplacé par un drain.

23 août. — Poussée température à 38°6. Râles à base droite. Tout rentre dans l'ordre après application d'un cataplasme sinapisé.

31 août. — Sonde à demeure.

6 septembre. — Plaie fermée (28^e jour). A encore sa sonde à demeure.

12 septembre. — Sonde à demeure enlevée, malade urine par urètre. Plaie hypogastrique cicatrisée.

25 septembre 1912. — Exeat. Urine 3 f. le jour, 3 f. la nuit. Urine encore un peu louche.

OBSERVATION LXIX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie depuis un an. Rétention aigüe depuis 3 semaines. Prostatectomie hypogastrique. Rachistovainisation. Petite prostate de 7 grammes. Fistule hypogastrique fermée le 22^e jour.*

G. B., 61 ans, marchand ambulant, demeurant à Faverge (Isère), entre à l'hôpital le 30 juin 1912.

Antécédents généraux. — Marié; femme et 2 enfants en vie.

Antécédents spéciaux. — Il y a 5 ou 6 ans, crise de rétention durant 2 jours; 3 cathétérismes.

Affection actuelle. — Depuis 1 an environ, jet plus mince, mais fort. Depuis 3 semaines, difficultés pour uriner et jet sans force; en même temps, douleur au gland. Hier après-midi, impossibilité complète d'uriner; le malade fut obligé de se faire sonder par le Dr Milléfe, à la Tour-du-Pin. Hier soir, 2 mictions peu importantes. Un peu d'urétrite: une goutte de pus, œdème préputial. Pas d'hématurie.

Mictions. — 2 à 3 le jour, 1 la nuit, sans douleur.

Urine : Sale, albumine en quantité importante.

Urètre. — Nélaton 18 passe facilement.

Vessie. — Capacité 200 gr.

Prostate. — Petite, non dégénérée.

Reins. — Non perçus, non douloureux.

Etat général. — Bon; bon appétit; langue peu suburrale, pas sèche; T. du soir, 38°2.

Poumons et cœur. — 0.

Traitement. — Malade avait à son arrivée (11 h.) : 250 gr. de résidu; le même jour, à 8 h. soir : 100 gr.; pas de sonde à demeure la nuit. Lendemain matin, résidu : 60 gr. — Depuis, plus de résidu et urine limpide.

1^{er} août. — Malade revient, parce qu'on lui a conseillé l'intervention avant une nouvelle crise. *Mictions* : 4 la nuit, toutes les

2 h. le jour. *Testicules* : à dr. ; 0. A g. : volumineux, un peu douloureux depuis 2 jours. Epididymite. Résidu nul. Urine assez trouble.

9 août. — *Intervention*. Lavage de la vessie et garniture au nitrate d'Ag. RACHISTOVAÏNISATION. Ligature des déférents : à droite, déférent normal A gauche, orchite : on trouve le cordon formant un paquet énorme ; le déférent est entouré d'une gaine. Ligature des deux bouts du déférent. Petit drain. 4 points de suture, pansement.

Taille hypogastrique. — La prostate ne fait pas de saillie dans la vessie, elle est très petite, les 2 lobes sont de la taille d'un haricot, elle s'énuclée assez facilement. Lavage à 48°. Pas d'hémorragie. Tube de Freyer. Mèche. Un fil en haut. Pansement. Pansement imperméable sur la plaie scrotale gauche.

La prostate pèse 7 gr.

31 août. — Sonde à demeure.

6 septembre. — Plaie complètement fermée ; urine par le canal depuis le 3 septembre.

14 septembre. — Résidu nul. Fistule fermée le 22^e jour après l'opération. Capacité vésicale, 200 gr. *Urines* encore un peu troubles. *Mictions* : 4 à 5 la nuit, 4 à 5 le jour.

Exeat.

OBSERVATION LXX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention récente avec symptômes dysuriques datant de 5 ans. Prostatectomie hypogastrique. Rétrécissement. Urétrétomie externe. Fistule hypogastrique fermée le 36^e jour. Un peu d'incontinence.*

D... J., 70 ans, rentier, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital le 27 juillet 1912, parce qu'il ne peut pas uriner.

Antécédents généraux. — Père mort à 55 ans, diabétique. Mère morte à 65 ans. Eut d'un premier mariage 3 enfants dont un mort en bas âge. Femme morte à 49 ans de bacillose. D'un

second mariage, pas d'enfant. Femme morte à 52 ans de tumeur abdominale probable.

Antécédents spéciaux. — Pas d'affections graves dans sa jeunesse. A 22 ans, blennorrhagie qui dura une quinzaine de jours. A 50 ans, orchite.

Affection actuelle. — Malade nie formellement l'éthylisme. Pas de spécificité. Depuis l'âge de 35 ans, mictions fréquentes, le jour, attribuées à son état de tanneur qui l'obligeait à séjourner souvent et longtemps les pieds dans l'eau. Il y a 5 ans, crise urinaire excessivement douloureuse, se traduisant par des sensations de brûlures s'irradiant vers l'anus avec besoins violents et fréquents d'uriner, et survenue à la suite d'un refroidissement. A partir de cette époque, urina toutes les 2 heures. Le 21 juillet 1912, nouvelle crise aussi douloureuse qui dura toute la nuit. Malade ne peut uriner. Sondé pour la 1^{re} f., le jour suivant, le fut pendant 3 j., 4 f. par jour. Actuellement, ne l'est plus que 3. A constaté plusieurs fois du sang dans ses urines. Quand il va à la selle, douleurs à l'anus attribuées à des hémorroïdes.

Etat actuel. — Bon état général. Appétit bien conservé. Cœur : intermittences. *Urines* : limpides. Pas d'A.

Urètre. — Nélaton 18 passe facilement.

Prostate. — Peu volumineuse, surface un peu inégale, ne paraît cependant pas dégénérée.

Reins. — Non perçus.

Traitement : 6 août. — Malade a été sondé régulièrement 3 f. le j. Sonde à demeure la nuit.

10 août : *Intervention.* — Injection sous-cutanée de stovaïne sur la ligne blanche, au-dessus du pubis. Taille hypogastrique. Anesthésie très courte au Kélène. PROSTATECTOMIE. Lavage chaud. Tube de Freyer. Mèche en dessus. Point de suture en haut. Pansement. Prostate enlevée a un lobe plus gros que l'autre. Le plus petit présente en un certain endroit plusieurs petits nodules.

10 août. — Hémorragie assez abondante. Sang coulant à filet

le long du Freyer. Avec pince à pansement, on enlève 2 gros caillots. Lavage chaud. Hémorragie arrêtée.

31 août. — Infirmier ne peut placer sonde à demeure. Dit être arrêté au col de la vessie.

2 septembre. — Dr Giuliani essaie de placer sonde à demeure, est arrêté dans la traversée prostatique.

3 septembre : *Intervention.* — Urétrotomie externe. Anesthésie à l'éther sans incident. Incision en T. Incision de l'urètre ; on trouve immédiatement en avant de la loge prostatique une induration cicatricielle, petite nodosité de la grosseur d'un petit pois. On place sonde à béquille 24. Deux points de suture et une mèche.

5 septembre. — On enlève la mèche. Malade un peu affaibli. On lui fait faire de l'huile camphrée.

14 septembre. — Soude à demeure.

18 septembre. — Toujours sonde à demeure. Plaie hypogastrique complètement cicatrisée.

21 septembre. — On a enlevé sonde à demeure le 19 septembre et, depuis, malade urine par l'urètre. Plaie périnéale presque cicatrisée.

26 septembre. — Plaie périnéale complètement cicatrisée. Malade se plaint d'une légère incontinence lorsqu'il monte. On a passé un gros Béniqué, il y a 2 ou 3 jours.

1^{er} octobre : *Mictions.* — Nuit et jour : 4 ou 5 fois. Toujours un peu d'incontinence quand il monte (qq. gouttes). *Résidu* : nul. *Capacité vésicale* : 200 gr. Sonde Nélaton ne passe pas. Béquille 22 facilement.

24 octobre 1912. — Le malade se plaint d'avoir un peu d'incontinence quand il marche. Plaie périnéale bien fermée. Urine un peu louche. Etat général bon.

OBSERVATION LXXI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète avec distension datant de deux ans. Prostatectomie en deux temps. Rachianesthésie. Pas de ligature des déférents. Orchite double. Fistule fermée le 24^e jour.*

M. L., 59 ans, jardinier, habitant à Cuire (Rhône), entre à l'hôpital le 8 avril 1912 pour difficulté à uriner.

Antécédents généraux. — Marié, femme en vie ; une fille. Il y a 40 ans, fluxion de poitrine, à gauche. Il y a 15 ans, sciatique droite. Il y a 3 ans : pneumonie double avec pleurésie gauche.

Antécédents spéciaux. — Une blennorrhagie il y a 20 ans.

Affection actuelle. — Depuis 2 ans environ, difficulté pour uriner. A cette époque, malade voit le Dr Rafin qui propose la prostatectomie, opération qui est refusée. Les mictions étaient pénibles, avec cuisson de l'urètre. Urinait alors toutes les heures, nuit comme jour. En novembre 1911, urine du pus et souffre de la vessie. Depuis, urines contiennent toujours un peu de pus. Sondé régulièrement, depuis 2 mois : 1 f., puis 2 f. par jour. Sondages sont faits par sa femme. Il y a un mois : hématurie légère au début de la miction.

Elat actuel. — *Mictions* : urine toutes les heures, nuit et jour ; légère cuisson.

Urine. — Trouble, gros disque d'A.

Vessie. — Moyennement distendue. *Résidu* : 600 gr.

Prostate. — Augmentée de volume, dure, se limitant mal. Elle est suspecte.

23 avril. — Nouvel examen : *prostate* petite, non dégénérée. Au-dessus, on sent le globe vésical et les vésicules séminales.

24 octobre. — Prostate très plate, comme si le malade avait été opéré, non dégénérée.

Reins. — Non perçus.

Elat général. — Médiocre. Perte de l'appétit. Cœur : 0. Poumons : pluie de râles fins à la base droite.

Traitement : 2 mai. — Depuis le 24 avril, malade a la sonde à demeure; l'état général s'est amélioré, l'appétit est revenu, mais la soif n'a pas disparu, et la polyurie continue.

18 mai : CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE. — Bonne anesthésie au Biproth. *Taille hypogastrique.* Tube dans la vessie. Pansement. Le lobe médian de la prostate fait une saillie très nette dans la vessie.

23 mai. — Sonde de Pezzer à demeure.

28 mai. — Exeat.

1^{er} juin. — Sonde de Pezzer changée.

11 juin. — Sonde changée.

25 juin. — Sonde changée. Il n'urine toujours pas par le canal. Etat général bon.

29 août. — Sonde changée. N'urine toujours pas par le canal. Etat général excellent. Il dit avoir engraisé de 1 kilogr. par semaine, depuis sa sortie de l'hôpital. On conseille au malade de venir se faire opérer.

22 octobre. — Injection de bleu de Métylène (5 cgr.). L'élimination est suffisante, quoique légèrement retardée. Quantité d'urine en 24 h. : 2 lit. 300.

23 octobre. — L'élimination a continué très faiblement pendant la nuit pour disparaître ce matin à 6 h.

29 octobre : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE. — Bonne anesthésie par rachicocœlisation. Incision en croix ayant pour centre l'ancienne fistule. Le doigt introduit dans la vessie sent un lobe médian du volume d'une petite noix placée à droite de l'urètre prostatique. Enucléation facile. Lavage chaud nitraté de la vessie. Un drain est placé dans la vessie et fixé par un fil métallique. Pansement. Prostate pèse 17 gr. Les lobes latéraux n'atteignent pas le volume d'une noisette. Quant au lobe médian qui est un adénome typique, il est du volume d'une petite noix.

2 novembre. — Etat général très satisfaisant. Depuis hier, se plaint de douleurs vives à la palpation dans la fosse iliaque gauche.

13 novembre. — La plaie s'est fermée. Le malade n'a pu uriner. Frissons.

22 novembre. — Le lendemain du jour où le malade a eu un frisson, on a rouvert la plaie hypogastrique. Il n'a plus eu alors ni fièvre ni frisson. Depuis, sa plaie s'est refermée et il a uriné facilement par le canal.

25 novembre. — Orchite bilatérale plus marquée à gauche.

1^{er} décembre 1912. — Orchite va mieux. Plaie complètement fermée depuis 10 jours. Mictions toutes 2 heures nuit et jour. Une sonde Nélaton 18 passe facilement. Capacité vésicale : 200 gr. Pas de résidu. Exeat. Urine un peu louche.

16 janvier 1913. — Revient se montrer. Etat général très bon. Urine 9 f. en 24 h., 3 f. la nuit. 2 litres 1/2 dans les 24 h. Langue bonne. Urine trouble : phosphates. *Toucher* : Loge prostatique occupée par une petite masse délimitée, plate, molle, ayant la forme de la prostate normale, sans bosselures.

Génitalité. — Il peut encore avoir des rapports, mais n'a plus aucune éjaculation ; sensation moindre.

OBSERVATION LXXII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention aiguë récente. Urine trouble. Prostatectomie sus-pubienne. Ligature des déférents. Echec de la rachinovocaïnisation. Fistule fermée le 23^e jour.*

B. M., 62 ans, employé, habitant à Annonay, entre à l'hôpital le 17 octobre 1912, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — 6 enfants dont 1 mort à 1 an. Aucune maladie.

Antécédents spéciaux. — Rien à noter.

Affection actuelle. — Il y a 3 semaines, après une promenade en auto, rétention. Avant, depuis un an, 2 ou 3 mictions, la nuit, de quelques gouttes seulement, et avec beaucoup de peine. Rétention a été complète pendant 2 jours : impossibilité de le sonder. Ponction, puis sondage 1, 2, 3 à 4 f. par jour. Quelques gouttes

d'urine seulement quand il va à la selle. Sonde à demeure la nuit, il souffrait beaucoup. Depuis 3 j., envies fréquentes d'uriner. Marche provoque le besoin.

Urine. — Fortement purulente. Quantité : près de 2 litres.

Urètre. — Nélaton 16 passe bien.

Vessie. — Capacité 350 gr.

Prostate. — Fortement hypertrophiée, peu saillante.

Etat général. — Bon appétit, langue bonne; soif.

28 octobre. — Malade sondé à peu près régulièrement. Urine bien améliorée, encore un peu trouble. Un peu de fièvre le 18 et le 25.

30 octobre. — PROSTATECTOMIE par le Dr Rafin assisté du Dr Verrière. — Injection de novocaïne : 14 cgr. Insuccès. Ligature des déférents. Ablation de la prostate sans incident. Drain de Freyer.

21 novembre. — Fistule fermée le 23^e jour.

30 novembre 1912. — Sonde de Nélaton 16 passe bien. Capacité vésicale : 450 gr. Résidu : 15 gr. Urine un peu louche, très améliorée, pas de douleur en urinant, bon état général.

14 janvier 1913. — Ecrit qu'il va bien, mais, 15 jours après départ de l'hôpital, a souffert d'une éruption au bas-ventre, ensuite d'un furoncle. Urine à présent 2 f. la nuit, 2 f. le j., sans souffrance, pour 2 litres environ. Urine claire, après avoir été un peu trouble. Pour le moment, il est impuissant et l'attribue à son affaiblissement.

OBSERVATION LXXIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Plusieurs crises de rétention aiguë. Urine limpide. Prostatectomie sus-pubienne. Rachistovainisation. Ligature des déférents. Lavage par la plaie. Fistule fermée le 24^e jour.*

W. F., 70 ans, habitant à Nice, entre à l'hôpital le 24 octobre 1912, pour rétention,

Antécédents généraux. — Un fils bien portant; aucune maladie.

Antécédents spéciaux. — 0.

Affection actuelle. — Depuis 2 ans 1/2, envies fréquentes. 1^{re} rétention, après un voyage, il y a deux ans. 2 cathétérismes. Il reste 2 mois sans rétention avec 3 à 4 mictions la nuit. Un seul cathétérisme suffit, les rétentions tendant à se rapprocher.

Mictions. — La n., 4 à 5; 8 à 9 le jour. Marche ni chemin de fer n'influent. Pas de douleur.

Urine. — Limpide; 3/4 lit. la nuit; 1 lit. 1/4 le jour.

Urètre. — Nélaton 16 passe bien.

Vessie. — Résidu : 500 gr.

Prostate. — Volumineuse, saillante, ferme, non dégénérée.

Etat général. — Appétit, bon; pas de soif, pas de constipation; traitement : choisir entre la PROSTATECTOMIE (98 % de chances de résultat) et le sondage.

26 octobre 1912 : *Mictions.* — 3 la nuit dernière. *Résidu* : 30 gr., limpide.

31 octobre : PROSTATECTOMIE. — Anesthésie rachidienne avec stovaïne, 4 cgr. Taille hypogastrique. Ablation facile de la prostate. Tube de Freyer fixé par fil métallique. Prostate enlevée pèse 75 gr. Pas de lobe médian, les 2 lobes latéraux s'étant développés également. L'organe se présente sous la forme d'une poire.

2 novembre. — On enlève le Freyer. Malade se plaint depuis hier soir d'avoir des nausées.

20 décembre. — Fistule fermée le 50^e jour.

24 avril 1913. — Il écrit : *Mictions* : 3 à 4 la nuit, 6 à 7 le jour pour 2 litres. Jet sans force, un peu de douleur en urinant.

Urines. — Un peu troubles. *Etat général* excellent.

Génitalité. Un seul rapport sexuel sans avoir pu arriver à l'éjaculation.

OBSERVATION LXXIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention incomplète sans distension, début il y a 6 ans. Prostatectomie hypogastrique. La fistule n'est fermée que 3 mois 1/2 après. Bon état actuel.*

V. F., 55 ans, tisseur, habitant à Montagny-sur-Loire (Loire), entre à l'hôpital le 19 octobre 1912, pour troubles de la miction.

Antécédents généraux. — Marié, 1 enfant vivant, 1 mort à 3 ans. Gastrite à 25 ans et à 38 ans, avec vomissements. A été malade 12 ans. Puis diarrhée pendant 10 ans, avec glaires. Digère bien depuis. Opéré par le Dr Berthier d'un kyste du genou il y a 8 ans. Bien guéri.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Il y a 6 ans, envies fréquentes, accentuées depuis 2 ans. Gêne pour uriner.

Elat actuel. — *Mictions* : La nuit, de 1 à 20, avec difficulté. Le jour, toutes les 1/2 h. Marche ne provoque pas le besoin, mais rend l'émission plus difficile. Douleur dans les reins quand, la nuit, l'urine met trop de temps à passer.

Urine. — Limpide, ni S. ni A.

Prostate. — Non hypertrophiée.

Testicules. — Droit, un peu d'hydrocèle; gauche, 0.

5 novembre 1912 : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Rafin). — Anesthésie au Bilroth sans incident. Incision sus-pubienne de 6 à 7 cm. CYSTOSTOMIE : La vessie étant remplie de liquide, on va décortiquer la prostate qu'on ramène en un seul bloc. Lavage chaud de la vessie par la sonde urétrale. Tube Freyer; 2 points de suture en haut.

7 novembre. — Freyer enlevé remplacé par un gros drain.

14 novembre. — Ablation des fils. Plaie a bon aspect.

19 avril 1913. — Le docteur Peyssonneau, de Montagny, nous écrit que la fistule hypogastrique s'est fermée au bout de 3 m. 1/2.

Mictions. — 5 à 6 le jour, 1 à 2 la nuit, parfois pas.

Etat général. — Excellent.

Urines. — Claires, limpides.

Rapports sexuels. — Normaux, sans gêne ni souffrance.

OBSERVATION LXXV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Plusieurs crises de rétention aiguë. Prostatectomie transvésicale. Ligature des déférents. Anesthésie générale. Lavages par l'urètre. Fistule fermée le 22^e jour. Résidu nul.*

R. F., 61 ans, propriétaire, demeurant à St-Colombe-lès-Vienne, entre à l'hôpital le 4 septembre 1909.

Antécédents généraux. — Père mort, à 78 ans, de vieillesse. Mère morte d'un refroidissement. 6 frères et sœurs vivants.

Antécédents spéciaux. — Pas de maladie dans la jeunesse. Service militaire à Oran (5 ans) où il contracte du paludisme. Fluxion de poitrine. Un peu d'alcoolisme (vin).

Affection actuelle. — Le début de l'affection remonte à 7 ans. Le malade eut des envies d'uriner assez fréquentes la nuit, et il lui devenait impossible d'uriner, si elles n'étaient point satisfaites immédiatement. Cet état persista ainsi jusqu'au 14 juillet dernier où il eut des coliques néphrétiques; il fait venir son Docteur qui le sonde 2 fois et retire environ 1 litre d'urine. Le 15 août, nouvelle rétention d'urine; cathétérismes journaliers.

Mictions. — Pas de mictions entre les cathétérismes au nombre de 4 par jour. Pas de douleur.

Urine. — Trouble. Traces infimes ou point d'albumine.

Urètre. — Sonde Nélaton n° 16 passe.

Vessie. — Capacité : 400 gr. Résidu variant de 250 à 300 gr.

Prostate. — Du volume d'un œuf de poule; régulière, à consistance ferme, sans bosselures, bien délimitée.

Etat général. — Bon.

Traitement. — Cathétérismes réguliers qui ont rapidement éclairci l'urine; celle-ci est limpide 2 jours après l'entrée.

10 *Septembre*. — PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (D^r Giuliani). Ligature des déférents. Il y a un gros lobe saillant dans la vessie; l'incision pratiquée sur la vessie admet juste l'index qui va décortiquer la prostate après déchirure de la muqueuse vésicale. La décortication est assez pénible; un doigt a refoulé la prostate par le rectum suivant le procédé ordinaire. Peu d'hémorragie. Tube de Freyer. Prostate enlevée en bloc, 50 gr. Aspect fibromateux.

11 *septembre*. — Bon état. Pas eu d'hémorragie. Tube fonctionne bien.

12 *septembre*. — Tube de Freyer enlevé après lavage vésical au nitrate d'argent par une sonde introduite dans le tube. Va bien.

13 *septembre*. — On commence les lavages de la loge prostatique et de la vessie, par l'urètre, et sans sonde 2 fois par jour. Pas de fièvre. Très bon état général.

25 *septembre*. — Bonnes suites. Cette nuit, 2 mictions par le canal.

5 *octobre*. — Miction toutes les 3 h. environ; urine trouble; de temps en temps, elle contient un peu de sang. Lavage vésical quotidien. Résidu nul. Plaie fermée depuis le 27.

15 *octobre*. — Urine améliorée; plus de sang, mais devenue trouble. 4 mictions la nuit; 5 à 6 le jour. Bon état général.

Quantité d'urine au départ : 1200 gr. pour les 24 h.

3 *mars* 1913. — Urine 2 fois le j., ne souffre pas en urinant; urine un peu trouble Etat général excellent (nouvelles écrites par le malade).

OBSERVATION LXXVI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Prostatisme, rétention d'urine datant de 15 ans. Cinq lithotrities antérieures. Prostatectomie transvésicale ; calculs vésicaux. Rhumatisme infectieux post-opératoire ; arthrite purulente du cou-de-pied droit. Mort.*

B... T., 74 ans, instituteur retraité, demeurant à Rully (Saône-et-Loire), entre à l'hôpital le 18 septembre 1909.

Antécédents généraux. — Père mort alcoolique, mère morte de vieillesse, 1 frère mort alcoolique, une sœur morte d'affection indéterminée.

Antécédents spéciaux. — A 12 ans, fièvre typhoïde ; pas de service militaire. Marié. Femme vivante, bien portante. 2 enfants, l'un mort de fluxion de poitrine, l'autre cardiaque.

Affection actuelle. — Au début, mictions nocturnes fréquentes et difficiles. Il y a 15 ans, rétention complète persistante, nécessitant 8 à 10 cathétérismes le jour, 4 ou 5 la nuit. Cette année, se sonde toutes les 2 heures. A été lithotritié 5 fois : en 1895, 96, 97, 98, 1902, par Guyon.

Mictions. — Impossibles ; cathétérismes toutes les 3 h. Pas de douleur.

Urine. — Trouble, purulente, gros disque d'A.

Urètre. — Sonde 20 passe facilement.

Vessie. — Capacité : 30 gr.

Prostate. — Hypertrophiée, volume mandarine, régulière, consistance dure, sans bosselures, se délimitant bien.

Reins. — Non perçus.

Etat général. — Assez bon. Cœur 0. Poumons 0.

Traitement. — Sonde à demeure. En introduisant la sonde, on se rend compte de l'existence de calculs dans la vessie ; en raison de la douleur, pas d'examen cystoscopique, ni de l'explorateur de Guyon.

24 septembre. — Sonde à demeure maintenue, souvent contractions vésicales très douloureuses ; état général s'améliore,

assez bon appétit, bonnes digestions. Urine très sale, pas de fièvre, langue un peu chargée, mais bien humide.

28 septembre : CYSTOSTOMIE ET PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE.

— Ligature des déférents. Prostate fait grosse saillie dans la vessie, mais l'hypertrophie siège plutôt en avant et à droite de l'orifice du col, qu'en arrière de celui-ci ; 3 calculs, volume œuf de pigeon, sont extraits du bas-fond. Décortication assez pénible de la prostate, extraction en 2 fois : lobe droit énorme, puis lobe gauche moins volumineux. Lavage chaud. Tube de Freyer. Mèches. Prostate pèse 85 gr. Aspect adéno-fibromateux. Sur un point du lobe droit, zone légèrement sphacélée de la largeur d'un des calculs qui devait être appliqué sur elle. Trois calculs paraissant phosphatiques, félicides.

Soir de l'opération, syncope qui a nécessité piqûres d'éther, de caféine et injection de sérum.

30 septembre. — Tube de Freyer enlevé et remplacé par un drain.

1^{er} octobre. — On commence lavages par l'urètre ; liquide passe difficilement, le fond du canal étant probablement obstrué par un caillot. Sonde en gomme introduite facilement, et lavage s'opère ensuite sans difficulté. Etat général assez bon.

7 octobre. — Va bien, plaie en bon état ; 2 lavages quotidiens par canal.

25 octobre. — Va bien ; quelques gouttes par l'urètre, de temps en temps ; plaie vésicale encore large.

2 novembre. — Depuis hier, presque toute l'urine passe par l'urètre ; plaie se ferme. Bon état général. Urine un peu trouble.

8 novembre. — Depuis 3 jours, va moins bien, fièvre ; cou-de-pied droit enflé et douloureux. Presque toute l'urine passe par la plaie ; le malade sondé avant-hier, on ne trouve pas de résidu ; urine modérément trouble. Au toucher, rien dans la loge prostatique. Le malade divague.

10 novembre. — Nouvelle élévation thermique ; cou-de-pied toujours rouge, œdématié. Une incision superficielle sur le bord externe du cou-de-pied livre passage à un peu de sérosité. Etat général médiocre. Langue chargée, mais humide. Pouls : 120. Même état cérébral.

17 novembre. — Amélioration. T. baisse progressivement ; incision du cou-de pied donne passage à du pus en quantité modérée ; l'urine passe en grande partie par la plaie ; impossible de savoir si le malade urine par le canal. Langue assez bonne.

18 novembre. — Sonde à demeure.

19 novembre. — Malade a enlevé sa sonde ce matin ; urine modérément trouble ; sonde remplacée à demeure ; état général meilleur.

23 novembre. — Aggravation au niveau du pied. Débridements et drainage d'une grosse collection purulente en arrière des malléoles. Etat général mauvais. Sonde à demeure fonctionne bien ; plaie réduite à une fistule.

27 novembre. — Mort.

OBSERVATION LXXVII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne. Rétention aiguë. Prostatectomie sus-pubienne. Ligature des déférents. Anesthésie générale. Fistule fermée le 19^e jour. Résidu : 60 gr. une heure après la miction.*

F. F.-E., 69 ans, rentier, demeurant à Chagnon (Loire), entre à l'hôpital le 7 juillet 1910.

Antécédents généraux. — Santé habituellement faible. Rhumatisant. Aurait eu une affection pulmonaire ayant duré 8 mois. Et un léger ictus avant son entrée.

Antécédents spéciaux. — Se sonde lui-même.

Affection actuelle. — Se lève la nuit, depuis très longtemps, pour uriner, jusqu'à 20 fois, il y a un an. Il y a 3 semaines, rétention après une vive douleur. Est sondé par son médecin. Depuis, se sonde lui-même, se mouille quelquefois la nuit. A eu 2 hémorragies, hier et aujourd'hui, en retirant sa sonde.

Mictions. — Se sonde depuis 3 semaines ; vive douleur au moment de la rétention.

Urine. — Un peu colorée, trouble, odeur forte. Disque net d'A.

Urètre. — Sonde 16 passe facilement.

Prostate. — Modérément hypertrophiée. Lobe gauche : forme et consistance normales. Lobe droit : paraît un peu plus dur, avec un noyau dur sur son bord supérieur. Pas de prolongement en corne. En somme, opérable.

Reins. — 0.

Testicules. — 0.

Etat général. — Bon. Cœur : bruits très faibles, avec légère arythmie. Malade a eu 2 petites attaques : l'une, il y a 2 ans, l'autre il y a 2 mois.

Traitement. — A son arrivée, 4 h. soir, le malade ne s'étant pas sondé depuis 8 h. du matin, on retire environ 700 gr. d'urine sans incident. Comme les dernières gouttes sont légèrement teintées de sang, on lui met 160 gr. d'eau bouillie dans la vessie.

9 août. — Depuis lors, sondé régulièrement 4 f. le jour ; sonde à demeure la nuit. *Urine* : en général 2 lit., quelquefois plus, quelquefois moins. Assez trouble, peu jaune. Pas de S. Un peu d'A. Etat général sensiblement amélioré ; en ce qui concerne son attaque, ne pouvait marcher à son arrivée et on était obligé de le faire manger. Actuellement, il monte sur la table de lui-même, mais serre sensiblement moins de la main droite que de la gauche ; ne peut pas siffler.

18 août. — Urine assez colorée, peu trouble. Pour le reste, état stationnaire. A. en très petite quantité. Cœur : pas de souffle, mais des intermittences.

26 août : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (D^r Giuliani). — Ligature des déférents. Procédé de Freyer. Prostate assez grosse, assez facile à énucléer ; l'hypertrophie porte surtout sur le lobe droit. Peu d'hémorragie. Tube de Freyer. *Prostate* : 55 gr. Aspect fibreux. Lobe gauche peu volumineux ; lobe droit : grosseur d'une noix.

27 août. — Pas de shock, pas d'hémorragie.

28 août. — Tube de Freyer enlevé. Va bien. Lavages par l'urètre se font très bien.

6 septembre. — Bonnes suites opératoires. Plaie en très bon état. Lavages par l'urètre continués. Plaie fermée le 15 septembre.

22 septembre. — Une h. après miction, 60 gr. dans vessie. Il dit n'avoir pu arriver à uriner immédiatement avant le sondage.

27 septembre. — Sort. Bon état général. Urine 5 f. le jour, 2 f. la nuit, louche.

OBSERVATION LXXVIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention incomplète avec distension et incontinence. Hypertrophie prostatique. Prostatectomie sus-pubienne.*

P. F., 69 ans, cultivateur, demeurant au Bouchage (Isère), entre à l'hôpital le 16 juin 1910.

Antécédents généraux. — Pas d'enfant. Jaunisse étant soldat.

Antécédents spéciaux. — Néant.

Début de la maladie. — Depuis 26 mois, urine plus souvent. Depuis au moins 2 ans, 10 mictions la nuit, et peut-être plus le jour. Depuis 4 mois, plus fréquentes encore. Avant ces derniers 4 mois, portait un appareil seulement la nuit ; depuis, le porte nuit et jour. N'a jamais été sondé.

Urine. — Trouble, pâle, sans odeur. Ni S. ni A.

Urètre. — Nélaton 17 passe bien.

Vessie. — Remonte à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Prostate. — Non hypertrophiée, non dégénérée ; au-dessus, on sent les 2 vésicules molles.

Reins. — 0.

Testicules. — 0.

Etat général. — Appétit perdu depuis 2 ans; soif modérée.

Traitement. — On retire 500 gr. et on fait un lavage substitutif.

24 juin 1910. — Ni Nélaton, ni béquille ne peuvent passer. La béquille est arrêtée à l'entrée de l'urètre prostatique.

4 juillet. — Urine bien améliorée, mais encore de l'A. Sonde à demeure depuis 8 jours, en raison des difficultés du cathétérisme.

7 juillet. — Amélioration de l'appétit; sonde changée, et laissée de nouveau à demeure.

5 août 1910. — Bien qu'amélioré, malade est encore polyurique. A soif. Langue vernissée. Pas opérable encore.

25 août. — Amélioration progressive; langue bonne, bon appétit, bonnes digestions. Urine toujours pâle et un peu abondante.

26 août 1910. — PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Procédé de Freyer). Ligature déférents. Prostate petite, très difficile à énucléer; hypertrophie surtout médiane et peu prononcée. Pas d'hémorragie. Tube Freyer. Prostate pèse 5 gr.; les 2 lobes ont la même dimension, consistance peu ferme.

27 août. — Va bien. Pas de shock, pas d'hémorragie.

28 août. — Freyer enlevé; on commence les lavages par l'urètre qui se font très bien.

7 septembre. — Très bonnes suites opératoires. Plaie en bonne voie de cicatrisation. On cesse lavages par l'urètre; bon état général.

9 septembre. — Urine par la verge et par la plaie.

18 septembre. — Malade ayant pris de la fièvre, on lui a mis, le 16, la sonde à demeure. On a retiré une urine très purulente. Plaie n'est pas fermée.

21 septembre 1910. — Chute progressive de la température depuis la sonde à demeure. On a enlevé la sonde hier matin. Il ne coule plus rien par la plaie. Sondé et lavé 2 f. par jour. Le sondage d'hier n'a ramené que 10 gr. de résidu.

Sort guéri, sans résidu, urine presque limpide.

12 février 1912. — Mort d'une artérite à la jambe gauche.

OBSERVATION LXXIX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Hypertrophie prostatique. Rétention avec distension. Prostatectomie hypogastrique. Ligature des déférents. Fistule fermée le 32^e jour. Résidu : 40 gr. une heure après la miction.*

C. P., 75 ans, cultivateur à Saumieux (Isère), entre à l'hôpital le 28 juillet 1911.

Antécédents généraux. — Nie toute espèce de maladie. Marié. 3 enfants vivants.

Antécédents spéciaux. — 0. Depuis le début de l'année, malade avait remarqué que son jet diminuait. Quelques douleurs, brûlure à la miction. Urinait 5 à 6 f. par jour, 2 ou 3 f. la nuit, jet ne tardait pas trop.

Affection actuelle. — A commencé jeudi 20 juillet. Subitement, le soir, il n'a pu uriner. Le Dr Mollard le sonde 2 f. à 2 j. d'intervalle et l'envoie à l'hôpital. Malade souffrait beaucoup et urinait quelques gouttes. Douleurs très violentes dans ventre et flancs. Appétit diminué, ne buvait plus que du lait. Langue blanche. N'aurait pas eu de fièvre ? On est toujours obligé de le sonder. A son arrivée, on retire 500 gr. d'urine sans vider la vessie ; lavages substitutifs.

Mictions. — Obligé de le sonder 4 f. par jour. Douleur assez vive.

Urine. — Un peu sanguinolente. Ni A. ni S.

Urètre. — Nélaton 17 passe facilement.

Prostate. — Au toucher, de la grosseur d'une noix, lisse, unie, pas de noyaux, pas de prolongement. Aucun signe de néoplasme.

Etat général. — Cœur : souffle systolique se propageant dans l'aisselle. Pouls : 84, sans irrégularités. Poumon : 0.

Traitement. — Malade sondé 4 f. par j. pour 500 gr. Le 3^e jour, vessie se trouve vide.

10 août. — Urine limpide. Est sondé 4 f. par jour. Résidus atteignent, le matin, de 400 à 600 gr., et une fois 700 gr. Le jour, 200 à 300 gr.

11 août. — Urine limpide. Langue bonne. Bon état général.

12 août 1911 : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Giuliani). — Ligature des déférents. Taille : l'énucléation de la prostate très facile. Pas d'hémorragie. Tube de Freyer. Poids : 30 gr.

2 septembre. — Excellentes suites. Tube Freyer enlevé après 48 h. Aucun incident. Plaie va très bien. Bon état général.

8 septembre. — Toute l'urine passe encore par la plaie, on met la sonde à demeure.

14 septembre. — Malade part. Plaie presque entièrement cicatrisée. Résidu : Une heure après la miction, il reste 40 cmc. d'urine dans la vessie.

OBSERVATION LXXX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention avec distension. Cystostomie. Prostatectomie hypogastrique. Fistule fermée le 14^e jour.*

C. D., 73 ans, s.-Directeur de l'Ecole des Beaux-Arts, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital le 17 juillet 1912.

Affection actuelle. — Le 27 mars 1912, à l'occasion de malaises et de douleurs abdominales, un médecin trouve la vessie distendue. Le Dr Giuliani sonde le malade, régulièrement, pendant 8 jours ; distension disparue le 3^e j. du traitement ; à partir de ce moment, le malade, qui urinait spontanément une certaine quantité d'urine pendant sa distension, n'a plus aucune miction spontanée ; la polyurie cesse, l'état général est bon ; le malade veut se sonder lui-même, mais après 2 jours, le Dr Giuliani est rappelé à cause de la présence du sang dans l'urine ; il constate de la fièvre, de l'infection de l'urine, et un rein droit gros et douloureux. Cathétérismes réguliers le jour, et sonde à

demeure la nuit, pendant 1 mois 1/2. Etat général s'est amélioré sous l'influence du traitement, mais l'urine reste très trouble; le rein n'est plus douloureux. Apyrexie.

26 mai 1912 : CYSTOSTOMIE. Bonnes suites. Sonde de Pezzer à demeure; l'urine s'est améliorée à la suite, ainsi que l'état général.

Urine. — Limpide au début du traitement (mars 1912) s'est troublée par la suite. Ni S. ni A. Une hématurie au mois de mars, coïncidant avec la poussée d'infection.

Urètre. — Nélaton 18 passe facilement.

Vessie. — Malade arrive avec sonde de Pezzer à demeure par la plaie de cystostomie.

Prostate. — Peu hypertrophiée. Lobes égaux. Pas de signes de dégénérescence.

Reins. — Rein droit augmenté de volume et douloureux commencement avril 1912.

Etat général. — Assez bon; quelques râles fins aux 2 bases; quelques intermittences cardiaques.

16 juillet 1912 : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Giuliani). — Grand lavage nitraté préalable. Incision transversale courte sus-pubienne de la paroi et de la vessie; pas de forte saillie intravésicale. La prostate est petite, assez adhérente; énucléation en un seul bloc. Pas d'hémorragie. Grand lavage chaud. Gros tube dans la vessie. Le Freyer n'a pu être introduit à cause de son volume. Mèches. Pas de suture. Prostate pèse 9 gr. Apparence d'un adéno-fibrome.

18 juillet. — Tube changé. Va bien.

26 juillet. — Suites excellentes, apyrétiques. Plaie en très bon état. On a fait 2 fois par jour, lavage fortement nitraté. On enlève le tube.

29 juillet. — A commencé à uriner un peu par le canal.

30 juillet. — Il ne passe plus d'urine par la plaie. Apyrexie.

31 juillet 1912. — Plaie presque entièrement cicatrisée. Mictions normales par le canal. Urine 6 à 7 f. par jour. Urine un peu trouble. Excellent état général. Exeat.

3 mars 1913. — Malade écrit : 0 à 1 miction la nuit, normales

le jour. *Urines* troubles, un peu d'A., jet fort à 2 mètres !!! *Etat* général excellent. A engraisé de 6 kg. *Génitalité* amoindrie.

OBSERVATION LXXXI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Prostatisme. Rétention aiguë. Prostatectomie. Orchite. Plaie fermée le 31^e jour. Résidu nul.*

M. A., 70 ans, mécanicien, demeurant à Fours (Isère), entre à l'hôpital le 27 juin 1912.

Antécédents généraux. — Entre pour corps étranger de l'urètre. Père et 2 oncles prostatiques.

Antécédents spéciaux. — Marié. 4 enfants en bonne santé. Femme en assez bonne santé (70 ans). A 18 ans, fluxion de poitrine.

Affection actuelle. — Depuis 4 ou 5 ans, malade a alternatives de rétentions et de mictions normales. Après un seul sondage, la miction se faisait normalement. Il se sondait lui-même ou se faisait sonder par le Dr Sourd, de Bourgoin. Le 27 juin, le malade voulut se sonder, et la sonde se brisa dans l'urètre. Le Dr Sourd lui fait une ponction de la vessie avant de l'envoyer à l'hôpital.

Mictions. — 7 ou 8 la nuit ; le jour, toutes les heures, sans douleur.

Urètre. — Contient 2 morceaux de sonde Nélaton.

Vessie. — Rétention complète. La paroi abdominale antérieure est rouge, violacée, œdématiée, sur toute la région hypogastrique et un peu vers les fosses iliaques.

Prostate. — Moyennement hypertrophiée, non dégénérée.

Reins. — 0.

Testicules. — 14 septembre : Orchite gauche.

Etat général. — Mauvais. Langue sèche, rôtie.

Traitement. — A l'entrée, taille sus-pubienne. Cavité de Retzius

remplie de pus fétide qui a décollé latéralement la paroi abdominale. Deux incisions abdominales latérales ; drainage. Ouverture de la vessie ; lobe médian très saillant ; urine trouble. Un fragment de sonde est refoulé en dehors par le méat ; l'autre fragment ne peut être enlevé qu'en le refoulant dans la vessie.

23 août 1912 : PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE (Dr Giuliani). — Anesthésie générale au Bilroth. Agrandissement et débridements latéraux de l'incision de la taille antérieure. Enucléation et extirpation de la prostate qui, sans être très grosse, présente un lobe médian très saillant. Tube de Freyer. Lavage au nitrate. L'hémorragie s'arrête immédiatement. Pansement. Poids : 49 gr. Aspect d'un adéno-fibrome.

26 août. — Tube de Freyer enlevé.

31 août. — Malade va bien. Lavages nitrates 2 f. par jour.

3 septembre. — Exploration de l'urètre. Sonde Nélaton 18 passe facilement.

7 septembre. — Sonde à demeure.

14 septembre. — Orchite gauche douloureuse. On enlève la sonde à demeure.

20 septembre. — 1^{re} miction spontanée par l'urètre.

22 septembre. — Plaie hypogastrique complètement fermée. Il urine bien par l'urètre. Testicule gauche encore gros, mais non douloureux.

27 septembre, 1912. — Exeat. Vessie : Capacité 200 gr. Résidu : 0 Urine la nuit 4 ou 5 f.; le jour, toutes les heures 1/2.

3 mars 1913. — Son fils écrit qu'il est mort subitement un mois auparavant. Son état urinaire était excellent.

OBSERVATION LXXXII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Prostatisme. Rétention incomplète, avec distension probablement récente. Troubles digestifs. Cystostomie sus-pubienne. 1^{re} tentative de prostatectomie : déchirure probable du péritoine. Prostatectomie.*

V. P., 63 ans, mécanicien, demeurant à Saint-Chamond, entre à l'hôpital le 5 mars 1912

Antécédents généraux. — 2 enfants bien portants.

Début de la maladie. — Il y a 2 ou 3 ans qu'il a difficultés pour uriner ; avant les 3 dernières semaines, urinait 2 ou 3 f. la nuit ; depuis, 5 à 6 ; le jour, moins souvent ; et souvent, un peu d'incontinence nocturne. Marche ni voiture n'influent. N'a pas souffert du besoin d'uriner.

Elat actuel : Urine. — Limpide, ni S. ni A.

Urètre. — Non sondé.

Vessie. — Résidu : par le toucher combiné, est pleine.

Prostate. — Grosse, hypertrophiée, forme et consistance normales, pas dégénérée.

Elat général. — A perdu l'appétit depuis 15 jours, soif ; pas d'enflure, un peu de constipation, langue saburrale. Cœur : choc intense à la pointe, éclat du 1^{er} bruit. Poumons 0.

12 mars 1912 : CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE. — Anesthésie au Biloith sans incident. Taille hypogastrique. La prostate ne fait pas de saillie dans la vessie, sauf un tout petit lobe médian ; pas de diverticule. Drain, 2 points de suture au-dessus du drain.

14 mars. — Dès lendemain de l'opération, langue très sèche, soif vive.

21 mars. — Langue commence à s'améliorer. Pas d'appétit. Pas de fièvre.

6 juin 1912. — Prostate lisse, sauf que lobe droit paraît un peu inégal. Sonde hypogastrique enlevée et remplacée.

8 juin 1912 : RACHICOCAÏNISATION. — Pas d'incident. En raison de la fistule hypogastrique, la vessie ne peut être remplie. En tâtonnant avec le doigt, on finit par retrouver l'ancien orifice ; malheureusement, en voulant l'élargir, on déchire le péritoine, ce qui fait abandonner la prostatectomie. Dans la fente péritonéale, on place une mèche. Une sonde béquille 18 est mise à demeure. Avant l'intervention, la vessie a été bien lavée avec une solution de nitrate à 10/00.

6 juillet. — Exeat.

22 août 1912. — Malade revient pour subir l'opération de la prostatectomie. Etat général très amélioré. A toujours la sonde de Pezzer, et dit uriner par l'urètre quelquefois lorsqu'on lui fait ses lavages. Urine louche avec de nombreux filaments et légèrement acide. Disque moyen d'A. Pas de S.

27 août : Incision (Dr Giuliani). — Anesthésie au chloroforme sans incident. Incision petite en T. On introduit le doigt. Prostate décollée facilement et facilement retirée. L'opération terminée, le doigt se perd dans une grande cavité à droite ; on croit avoir, de nouveau, déchiré le péritoine. Une mèche péritonéale est placée dans cette cavité qui paraît fort grande. Les anses intestinales, d'ailleurs, n'ont pas été vues ni perçues par le toucher digital. On collodionne fortement la mèche péritonéale. Lavage nitraté à 2 0/00. L'incision étant trop petite, on ne peut placer le tube de Freyer, on se contente d'un gros drain. Prostate pèse 79 gr. Aspect d'un adénome.

31 août. — On n'a commencé à faire des lavages que le 30 août au soir. Malade va bien.

5 septembre. — On enlève le tube placé dans la plaie.

6 septembre. — On enlève, sans difficulté, mèche péritonéale.

14 septembre. — Sonde à demeure depuis hier.

20 septembre. — Sonde enlevée. Malade urine par le canal. Plaie pas complètement fermée.

24 septembre. — Urine passant par plaie, on remet sonde à demeure.

28 septembre. — Plaie hypogastrique complètement cicatrisée ; on enlève la sonde à demeure.

1^{er} octobre. — Résidu : 3 gr. Capacité vésicale : 250 gr.

Mictions. — 3 la nuit, 3 ou 4 le jour. Urine : un peu louche, disque léger d'A. Nélaton 18 passe facilement. Bon état général.

8 octobre 1912. — Exeat.

6 mars 1913. — Mictions : 5 à 6 le j , 1 la nuit, ni S. ni A. Etat général bon. Sens génésique aboli.

OBSERVATION LXXXIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Prostatectomie. Rétention incomplète. Vessie distendue lentement. Cystostomie. Prostatectomie.*

C. C., 68 ans, cultivateur, demeurant à Mornant, entre à l'hôpital le 30 mai 1912.

Antécédents généraux. — Père mort de bronchite à 46 ans ; mère vivante, âgée de 95 ans. 4 frères et 2 sœurs. 1 frère mort à 9 ans de méningite, 1 frère mort à 38 ans de tumeur de la parotide ? les autres bien portants. Pelade à 10 ans. Rhumes fréquents. Bronchite chronique depuis 14 ans ; tousses le matin. Ethylisme avant son mariage. Marié depuis 30 ans, femme bien portante, pas d'enfants.

Antécédents spéciaux. — Une blennorrhagie à 30 ans ; durée 15 jours.

Affection actuelle. — Depuis une dizaine d'années, mictions plus fréquentes par temps frais, mais faciles. Il y a 8 jours, besoin d'uriner retenu longtemps, en chemin de fer, puis grande difficulté pour uriner et douleurs dans l'anus. Actuellement, mictions fréquentes, pas trop difficiles. Peu de douleur. Un peu d'œdème des jambes. Appétit conservé. Soif modérée. Vessie distendue. Jamais vidée.

Etat actuel. — Mictions de 2 à 6, la nuit, suivant le temps ; ordinairement toutes les heures le jour, plus souvent par temps frais.

Urine. — Limpide. Ni S. ni A.

Vessie. — Enorme globe s'étendant jusqu'à l'ombilic.

Prostate. — Paraît volumineuse (vessie pleine), charnue, non dégénérée. Donne à la fois sensation de mollesse et d'empatement.

Reins. — Non perçus.

Etat général. — Médiocre ; soif vive, perte de l'appétit. Pouls 88. *Poumons* : respiration légèrement emphysémateuse. Œdème des paupières et des membres inférieurs.

Traitement. 1^{er} juin 1912 : RACHINOVOCAÏNISATION. — Pas d'incident. Taille hypogastrique. *Vessie* : rien d'anormal. Pas de lobe prostatique médian. Sonde Pezzer 30 à demeure, fixée à la peau par fil métallique.

1^{er} juillet 1912. — Etat général excellent. Bon appétit. Urine limpide, pas d'A. Malade a toujours la sonde hypogastrique et n'urine pas par l'urètre en bouchant la sonde. *Cœur* : bruit de galop. Dr Chaballier n'est pas d'avis d'opérer.

31 août. — Malade revient dans l'intention de se faire opérer. Il a toujours sa sonde de Pezzer, n'urine pas par l'urètre. Lavages vésicaux 2 f. par jour. Au cœur, persistance du bruit de galop-souffle. L'examen clinique des urines révèle la présence d'un disque léger d'A.

5 septembre : *Intervention.* — Anesthésie locale à la cocaïne jusqu'à l'ouverture de la vessie, puis Kélène, éther. Incision en T. On ne fait pas ligature des déférents. Au premier coup de bistouri, avant même qu'on ait perforé le derme, apparition d'une petite boule grasseuse, jaunâtre, qui fait penser à une déchirure immédiate du péritoine, cette graisse ayant toute l'apparence de la graisse péritonéale. Incision petite. Le Dr Giuliani a quelque difficulté à décoller le pôle supérieur de la prostate, ayant changé sans doute son champ de clivage. La prostate est décollée et retirée assez facilement. On met une petite mèche au niveau de l'apparition de cette petite boule grasseuse dont nous avons parlé. Lavage nitraté à la température de 45°. Tube Freyer fixé à la paroi abdominale. Prostate enlevée pèse 50 gr.

7 septembre. — On enlève le Freyer.

15 septembre. — Amélioration continuelle.

21 septembre. — Sonde à demeure. L'urine passe toute par la sonde.

23 septembre. — Sonde à demeure enlevée. Miction par l'urètre. Urine jolie, claire, quelques filaments.

24 septembre. — On replace la sonde à demeure, la plaie hypogastrique s'étant rouverte, et l'urine passant beaucoup par la plaie.

26 septembre. — On enlève de nouveau la sonde à demeure. L'urine passe toute par la sonde; la plaie est complètement cicatrisée.

1^{er} octobre 1912. — *Résidu* : 10 gr. Capacité vésicale : 250 gr. Urine un peu louche. *Mictions* : la nuit, 4 ou 5; le jour, 5 ou 6. *Urine* : très léger disque d'A. Bon état général.

2 mars 1913. — Sa famille écrit qu'il est mort de bronchite au début de janvier. Son état urinaire ne laissait rien à désirer.

OBSERVATION LXXXIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète. Prostatectomie hypogastrique.*

M... L., 76 ans, demeurant à Francheville (Rhône), entre à l'hôpital le 3 septembre 1912, pour rétention urinaire.

Antécédents généraux. — Père mort à 68 ans, mère à 79, de congestion cérébrale. 4 frères et 1 sœur. 1 frère mort en bas âge, un autre de congestion cérébrale. Sœur morte bacillaire.

Antécédents spéciaux. — Bronchite chronique depuis 25 ans.

Affection actuelle. — Il y a 8 ans, malade en ressentit les premières atteintes. Mictions difficiles accompagnées de sensation de brûlure au col de la vessie; 2 la nuit; le jour, toutes les 2 h. Jet diminué sensiblement d'intensité. En 1903 et 1904 : saisons à Plombières. Dr Bernard constata déjà une hypertrophie

de la prostate. En août dernier, le Dr Giuliani le sonda 1 fois par jour jusqu'à son entrée à l'hôpital, et trouva résidu variant entre 300 et 200 gr.

Mictions. — La nuit, 2 ou 3, quelquefois 5 ou 6; le jour, toutes les 2 h., avec sensation de brûlure.

Urine. — Disque moyen d'A. Pas de S. Nombreux globules blancs et rouges. Nombreux microbes.

Urètre. — Nélaton 18 passe facilement.

Vessie. — Capacité 250 gr.

Prostate. — Hypertrophiée moyennement; lobes bien délimités, sillon médian net, consistance charnue, pas de bosselures, non dégénérée.

Reins. — 0.

Testicules. — Gauche, atrophié; droit, normal.

Etat général. — Assez bon. Cœur : Myocardite scléreuse. Pouls : 60 intermittent.

10 septembre : *Intervention.* — Anesthésie locale à la stovaïne pour l'incision. Anesthésie au Kélène et à l'éther pour la PROSTATECTOMIE. Pas de ligature des déférents. Incision habituelle. Cul-de-sac péritonéal apparaît dès que l'on arrive sur la vessie; on le refoule avec une compresse et l'on incise la vessie. Prostate, assez volumineuse, est décollée facilement. On détache d'abord le droit qui est le plus volumineux. On constate la présence d'un bourrelet de la muqueuse de la loge prostatique, que l'on prend d'abord pour un fragment de la prostate. Freyer fixé à la paroi. Mèche placée pour refouler le cul-de sac péritonéal. Poids : 60 gr. Aspect d'un adéno-fibrome.

12 septembre. — Freyer enlevé. Mèches enlevées. Va bien. 2 lavages quotidiens par la plaie.

21 septembre. — Drain hypogastrique enlevé.

22 septembre. — Lavages continués 2 f. par j. Nitrate à 0,50. Etat général amélioré. Malade urine par l'urètre. En 3 mictions répétées, à 2 minutes d'intervalle, urine 200 gr. Urines épaisses, rougeâtres. Ces mictions, faciles, non douloureuses.

24 septembre. — Hier soir, malade eut 38°2 de T. Sa plaie hypogastrique s'était complètement fermée durant la journée,

le lavage hypogastrique fut impossible. Au milieu de la nuit, s'est ouverte de nouveau. Urine toujours bien par l'urètre. Urine assez abondante, mais trouble, épaisse, rougeâtre.

25 septembre. — T. montée hier à 38°2. On fait, par la plaie hypogastrique, deux lavages vésicaux par jour. Malade se plaint d'avoir eu, la nuit dernière, de violentes coliques hépatiques, régime lacté et eau de Vichy.

26 septembre. — On rouvre la plaie hypogastrique en y passant le doigt, car malade avait des poussées de T., et une hématurie.

28 septembre. — Depuis réouverture de la plaie, malade n'urine plus par l'urètre. Léger ictère. Souffre toujours un peu du foie.

30 septembre. — Hier, a uriné par l'urètre. Se plaint toujours de coliques hépatiques.

4 octobre. — Plaie hypogastrique paraît fermée. Urine ne s'échappe plus par là.

6 octobre. — Plaie hypogastrique s'est ouverte de nouveau, le pansement est tout mouillé ; malade resté sans uriner par l'urètre de 5 à 11 h. du matin.

7 octobre. — Sonde à demeure.

8 octobre. — On enlève la sonde à demeure. Plaie mouille toujours.

9 octobre — Dans l'après-midi, sonde à demeure remise.

11 octobre. — Sonde à demeure enlevée, plaie mouille encore.

12 octobre. — On remet sonde à demeure.

14 octobre. — On enlève sonde à demeure.

21 octobre. — Léger suintement par la plaie.

30 octobre. — Plaie complètement fermée.

Mars 1913. — Malade va parfaitement bien.

OBSERVATION LXXXV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : 1^{er} séjour : *Prostatisme. Plusieurs crises de rétention aiguë, passagères.* 2^e séjour : *Crises de rétention. Cathétérisme difficile. Prostate suspecte. Cystostomie, puis Prostatectomie hypogastrique. Léger rétrécissement urétral post-opératoire guéri par la dilatation. Guérison. Résidu nul.*

G. J., 54 ans, cultivateur à la Côte-Saint-André (Isère) entre à l'hôpital le 13 décembre 1905, pour rétention.

Antécédents généraux. — Un frère, mort à 66 ans, brightique. Cinq enfants, dont un mort en bas âge. Jusqu'à aujourd'hui a joui d'une excellente santé.

Antécédents spéciaux. — Ni blennorragie, ni syphilis. Pas d'antécédents de lithiase urinaire. Jamais d'hématurie.

Affection actuelle. — Depuis 1 an environ, le malade avait remarqué qu'il urinait toutes les heures 1/2, la miction nécessitant plus d'effort, mais ne provoquant aucune douleur.

Vers la fin de novembre 1905, après des libations inaccoutumées à l'occasion de la fête du pays, il s'aperçut qu'il ne pouvait uriner. Un médecin appelé en hâte le sonde aisément et lui laisse la sonde à demeure durant la nuit. Le lendemain, miction spontanée. Trois jours après, nouvelle rétention totale sans provocation apparente, la sonde est placée à demeure 4 jours; puis enlevée, la miction est de nouveau spontanée.

A l'entrée, le malade se plaint de souffrir un peu, durant la miction seulement, et d'uriner souvent.

Mictions. — Toutes les heures le jour, 4 à 5 la nuit.

Urine. — Trouble. A. : disque dense de 2 mm., acide, sans odeur, non clarifiée par chaleur ou acide acétique.

Urètre. — Un explorateur à boule 18 passe.

Vessie. — Résidu : 80 gr. Capacité vésicale : 200 gr. environ.

Prostate. — Grosseur marron d'Inde, bien délimitée en dehors, charnue, sans bosselure.

Reins. — Inaccessibles.

Testicules. — 0.

Etat général. — Excellent, grand appétit. Cœur : bruits un peu assourdis à la base.

Traitement. — Cathétérisme, 2 f. par jour, suivi de lavages boriqués.

8 janvier 1906. — Urine claire ; plus de résidu. Part content.

29 juillet 1910. — Depuis sa sortie de l'hôpital, à 5 ou 6 reprises, de la rétention aiguë, complète, qui disparaissait après un seul cathétérisme en général aisé ; cependant, l'avant-dernière rétention en nécessita deux. Aujourd'hui, le cathétérisme est impossible et détermine des hémorragies. Ponction de la vessie. Malade rentre à l'hôpital. Tentative de cathétérisme sans succès. Mais le malade urine spontanément et paraît vider sa vessie d'une façon satisfaisante. Etat général resté bon. *Urine* : colorée, trouble, d'odeur forte ; disque net d'albumine. *Culot* : nombreux globules blancs et bâtonnets. *Prostate* : considérablement hypertrophiée. Lobule droit de forme et consistance normales. Sillon bien marqué. Lobule gauche, plus dur, avec une surface moins lisse et, non loin de son bec, bosselure petite, mais nette. Pas de corne.

3 août. — Va bien. A uriné 1 seule fois nuit dernière.

16 août 1911. — Revient avec rétention complète depuis 30 heures. N'a pu être sondé par son médecin. Ici, la manœuvre du mandrin n'a pas réussi. Aussi, immédiatement *taille hypogastrique*. A la suite de la taille, malade s'est remonté, urines se sont clarifiées.

16 septembre 1912. — En un 2^e temps, PROSTATECTOMIE TRANS-VÉSICALE (Dr Giuliani). Ligature des déférents. Agrandissement de l'incision de la taille. Enucléation de la prostate facile. Ne peut sortir de la vessie vu son volume. Obligé de la séparer en 2 lobes ; elle pèse 100 gr. Hémorragie modérée. Tube de Freyer. Hémorragie sans importance 8 jours après l'opération.

5 octobre. — Suites bonnes ; toute l'urine passe par plaie vésicale.

7 octobre. — Plaie vésicale ne se fermant pas, on essaie, en

vain, de mettre une sonde. On est arrêté au niveau de l'urètre membraneux. Lendemain, accès de fièvre : 39°7.

11 octobre. — Depuis hier, quelques mictions spontanées par le canal.

4 novembre. — Il passe toujours un peu d'urine par la plaie hypogastrique. Après avoir passé bougies 14 et 16, on arrive à mettre une sonde conique Oliver n° 16 à demeure.

15 novembre. — Plaie cicatrisée. Pas de résidu.

31 janvier 1913. — Malade va bien. Son médecin écrit que les urines sont très légèrement troubles (1 gr. d'A. par litre). Pour les rapports sexuels, le malade dit se comporter comme avant l'opération.

OBSERVATION LXXXVI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Hypertrophie prostatique. Prostatectomie sus-pubienne. Au 11^e jour, embolie pulmonaire mortelle. Autopsie : 2 branchés de l'artère pulmonaire obstrués par d'énormes caillots.*

J. E., 63 ans, propriétaire, demeurant à Anjou, p. Roussillon (Isère), entre à l'hôpital le 14 septembre 1912.

Antécédents généraux. — Entre pour rétention d'urine. A eu la petite vérole en 1870. Pas d'autre maladie grave.

Antécédents spéciaux. — 0.

Affection actuelle. — Depuis 2 ou 3 ans, un peu de dysurie. 1^{re} crise de rétention le 13 septembre. Grandes difficultés de cathétérisme. Dr Boisnet a essayé de le sonder à 2 reprises, mais n'a pas réussi. Arrive en pleine rétention à l'hôpital où il est sondé facilement grâce au doigt introduit dans l'anus.

Mictions. — 2 à 3 la nuit, 3 à 4 le jour, sans douleur.

Urine. — Limpide. 19 sept., un peu trouble, contient de l'A.; beaucoup de globules rouges et globules blancs en quantité égale.

Urètre. — Une Nélaton 18 passe.

Vessie. — Rétention complète, sans distension.

Prostate. — Volume œuf de poule, bien délimitée, consistance charnue, sans bosselures.

Reins et uretères. — 0.

Testicules. — 0.

Etat général. — Bon. Cœur et poumon, 0.

Traitement. — Sondé pendant 2 j. Veut se faire opérer.

21 septembre 1912 : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Giuliani). — Ligature des déférents. Prostate vient bien. Enucléation facile. Hémorragie modérée. Prostate pèse 70 gr. Apparence fibromateuse.

29 septembre. — La plaie est recouverte de membranes diphtéroïdes et la température monte. Fonctionnement intestinal défec-tueux. T. se maintient à 38°2 le soir.

1^{er} octobre. — Lavage par l'urètre le matin. Le soir, à 7 h., malade pris d'un malaise subit : dyspnée, angoisse, pâleur, mort.

Autopsie. — Enormes caillots occupant les deux branches de division de l'artère pulmonaire.

OBSERVATION LXXXVII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention aiguë. Prostatectomie hypo-gastrique. Lavages par la plaie. Fistule fermée le 20^e jour. Résidu nul.*

D. A., 76 ans, cultivateur, demeurant chez les Petites-Sœurs des-Pauvres de Vaise, entre à l'hôpital le 24 septembre 1912.

Antécédents généraux. — Entre pour rétention urinaire. Pas de maladie grave antérieure. Nie tout éthylisme.

Affection actuelle. — Elle remonterait à une dizaine d'années où il a commencé d'être obligé de se lever, la nuit, 4 ou 5 f. pour uriner. Depuis 3 ans, crises de rétention, se sonde. Admis

alors à l'Hôtel-Dieu pour rétention, y reste 3 semaines et subit des lavages urétraux sans doute. En sort très amélioré, mais de temps à autre, faisant de la rétention, se sondait. Actuellement, il urine peu et souffre beaucoup à chaque miction.

Mictions. — 6 ou 7 la nuit; toutes les heures, le jour.

Urine. — Un peu louche; ni S. ni A. Pas d'hématurie. Il dit avoir eu un peu de sang, quelquefois, après ses sondages.

Urètre. — Nélaton 18 passe librement.

Vessie. — Capacité 250 gr.

Prostate. — Très hypertrophiée; peut-être quelques granulations.

Etat général. — Assez bon.

Traitement. 25 septembre : *Intervention* (Dr Giuliani). — Anesthésie générale, au Bilioth, sans incident. Incision habituelle. La vessie ouverte, la prostate est décollée très facilement, très vite. Légère hémorragie consécutive qui paraît arrêtée par le lavage nitraté très chaud, 48°. Tube de Freyer. Une mèche de chaque côté du tube. Aucun point de suture, l'incision étant très petite. Prostate pèse 80 gr. Nullement dégénérée; venue en un bloc.

2 heures après l'opération, malade souffre énormément d'envie d'uriner. On constate que le tube de Freyer, fixé à la paroi, est sorti de la plaie, la vessie est remplie de sang et de gros caillots. Immédiatement un lavage très chaud. Après avoir enlevé au doigt caillots encombrant la vessie, on supprime le Freyer remplacé par un simple drain. Pour combattre grande faiblesse du malade, piqûres d'éther, huile camphrée, 1 litre sérum. Dans la soirée, état très amélioré.

26 septembre. — Malade va bien.

8 octobre. — En bonne voie de guérison. Pas de T. On continue 2 lavages par jour. Plaie, atone au début, bourgeonne actuellement avec activité. Drain a été enlevé le 12^e jour.

13 octobre. — Urine par verge depuis ce matin.

15 octobre. — Plaie fermée.

21 octobre. — Résidu nul. Exeat.

6 mars 1913. — Mictions 5 fois la nuit. 4 à 5 fois le jour. Résidu

nul, urine limpide sans sucre ni albumine. Etat général très bon.
Encore quelques érections la nuit.

OBSERVATION LXXXVIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Dysurie ancienne. Rétention aiguë. Ablation d'une tumeur rectale. Prostatectomie hypogastrique. Fistule fermée le 19^e jour. Résidu nul.*

P. B., 73 ans, cultivateur, demeurant à Chasselay (Rhône) entre à l'hôpital le 26 mai 1912.

Antécédents généraux. — Entre pour rétention aiguë. Père mort à 80 ans, mère à 67. 1 frère mort à 72 ans, 1 sœur morte opérée d'un fibrome. 1 frère vivant, prostatique, une sœur bien portante. Petite vérole en 1870.

Antécédents spéciaux. — Il y a 4 ans : crise de rétention cessant après un seul cathétérisme.

Affection actuelle. — Depuis 8 j., un peu de difficulté pour uriner. Samedi 25 mai, à midi, ne peut arriver à uriner, vains essais l'après-midi. Vers 7 h. soir, cathétérisme évacuateur par le Dr Ferroud qui retire environ 500 gr. d'urine. Hémorragie. Lendemain sonde arrêtée par des caillots. Ponction de la vessie. Malade alors envoyé d'urgence à l'hôpital. L'après-midi, tentative de cathétérisme ; échec et hémorragie. Sonde passe facilement, mais paraît se loger dans une fausse route, sur le côté gauche du périnée.

Mictions. — Rétention complète.

Prostate. — Peu augmentée de volume, se délimite bien.

Sur la paroi postérieure du rectum, énorme tumeur molle, présentant la consistance d'une éponge. Le doigt ramène du sang et quelques débris.

Etat général. — Médiocre. Perte de l'appétit. Teint jaune paille avec muqueuse décolorée.

Traitement. 26 mai 1912. — CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Giuliani). Sonde de Pezzer à demeure.

21 juin 1912. — Ablation de la tumeur rectale.

28 juin. — Va bien. Selles hier, après huile de ricin.

Août. — Suites opératoires bonnes. Cependant quelques poussées de fièvre légères et passagères. Sonde Pezzer laissée à demeure.

26 août. — Amélioration de l'état général. Sonde Pezzer vérifiée et remplacée. Quelques mictions par le canal dans la journée.

9 octobre. — Malade revient se faire opérer de sa prostate. Depuis son départ de l'hôpital, état général amélioré. Se faisait 2 lavages par j., par sa sonde de Pezzer.

12 octobre : *Intervention* (Dr Giuliani). — Anesthésie à l'éther sans incident. Pas de ligature des déférents. Incision habituelle. **Prostate décollée très facilement**, mais si volumineuse, et l'incision vésicale si petite que l'on est obligé de la briser dans la vessie pour pouvoir la retirer. Prostate pèse 70 gr., un peu dure, non dégénérée, lobes bien délimités. Malade saigne un peu. Lavage à 48°. Tube de Freyér, petite mèche en haut et en bas du tube.

20 octobre. — Excellentes suites. Apyrexie constante. Drain supprimé le 10^e jour.

1^{er} novembre. — Plaie complètement fermée. Mictions : 4 à 5 le j., autant la nuit.

7 novembre 1912. — Résidu : nul. Capacité : 200 gr. Nélaton 18 passe facilement. Urine un peu trouble.

6 mars 1913 : *Mictions*. — 5 la n., un peu moins le jour, pas de résidu. *Urines* un peu louches. *Etat général* bon. *Sens génésique* aboli.

OBSERVATION LXXXIX

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Prostatisme. Rétention brusque avec dysurie modérée. Diabète. Prostatectomie hypogastrique. Fistule fermée le 30^e jour. Résidu nul.*

Cl..., 68 ans, demeurant à Saint-Laurent-d'Agnny (Rhône), entre à l'hôpital le 17 octobre 1912.

Antécédents généraux. — Vient pour rétention.

Antécédents spéciaux. — Fièvre paludéenne voilà 30 ans pendant un séjour au Texas. Coliques hépatiques, il y a 10 ans, ayant disparu après une cure à Vichy. Opéré l'an dernier à Saint-Joseph pour un kyste de l'angle interne de l'œil.

Affection actuelle. — Début il y a 6 mois : difficulté légère pour uriner. A un moment, urinait 4 à 5 f. le jour, toutes les 2 h. environ la nuit. Le 12 octobre, brusquement, rétention complète ; se fait sonder 2 f. par j. par médecin. En même temps que rétention, apparut un ictère léger, sans coliques hépatiques. A l'hôpital, malade sondé, dès l'entrée, avec une Nélaton 16 qui passe assez facilement, on retire 315 gr. d'urine un peu louche, lavage boriqué et nitraté.

Urine. — Traces d'A. Assez forte quantité de S.

Urètre. — Nélaton 16 passe facilement.

Prostate. — Assez hypertrophiée, de consistance normale, bien enlevable.

Reins. — Non perçus.

Elat général. — Médiocre. Hernie inguinale double.

Traitement. — Sondages 4 f. par j. avec sonde à demeure la nuit. Urines se sont éclaircies. Ne souffre plus de la vessie. Sucre toujours en quantité notable.

27 novembre 1912. — Etat du malade ne s'améliorant pas sensiblement, on décide de lui faire une PROSTATECTOMIE (Dr Giuliani) après examen de l'urine. Anesthésie lombaire ; stovaïne

(8 cgr.), Bonne anesthésie. Malade n'a pas souffert. Ligature des déférents. Paroi abdominale épaisse. Couche graisseuse. Cystostomie et décortication de la prostate par le doigt vésical aidé du doigt rectal. Manœuvre difficile à cause de l'induration de la loge. Prostate vient en entier. Présente hypertrophie moyenne, plus marquée sur le lobe gauche. Pas de lobe médian. Consistance dure. Poids : 55 gr. Lavage chaud de vessie. Tube de Freyer. 2 mèches dans la cavité de Retzius. 1 point de suture.

16 décembre 1912. — Sonde Nélaton passe facilement.

27 décembre. — Mictions par canal. Plaie fermée. Suites opératoires très bonnes. Malade a gardé sonde à demeure pendant 5 jours.

30 décembre. — Va bien. Mictions faciles. Pas d'incontinence.

4 janvier 1913. — Malade part. Urine 6 f. par jour, 7 à 8 f. la nuit. Urines troubles, contenant toujours du sucre. Pas de résidu. Sonde Nélaton 18 passe facilement.

OBSERVATION XC

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ. — *Dysurie ancienne. Plusieurs rétentions aiguës. Prostatectomie sus-pubienne. Mort de pneumonie le 40^e jour, la plaie étant presque fermée.*

M. P.-E., 78 ans, propriétaire demeurant à Meyras (Ardèche) entre à l'hôpital le 30 novembre 1912, parce que, par moments, il ne peut plus uriner.

Antécédents généraux. — Abscess de la cuisse gauche à 3 ans. Variole à 9 ans. 14 ans de service militaire dans la garde impériale, sans maladie. Marié à 29 ans. Femme bien portante. 4 enfants robustes. Pas d'éthylisme. Bonne santé habituelle. Il y a 4 ans, fracture de la jambe gauche.

Antécédents spéciaux. — A été sondé pour la 1^{re} fois, il y a

4 ans; depuis, s'est sondé lui-même ou a été sondé quand il faisait de la rétention.

Affection actuelle. — Depuis 4 ans environ, urinait plus souvent, peu à la fois, émission d'urine plus lente. Il y a 4 ans, une nuit, après avoir bu copieusement, rétention brusque. Médecin fut obligé de le sonder (Nélaton). Rétention cesse. Nouvelle crise de rétention aiguë au bout d'un an. Malade estime avoir eu jusqu'à ce jour, vingtaine de crises de rétention complète, de 1 jour. 3 dernières fois, sonde à béquille seule passe. Ces crises de rétention brusque, amenées par froid, humidité, excès de boisson, étaient précédées immédiatement d'une période d'urines claires, tandis qu'habituellement elles sont chargées et déposent une masse blanchâtre. 5 mictions par jour, 1 la nuit jusqu'à cette année. Actuellement 3. Jamais d'hématurie en dehors des sondages.

Mictions. — 5 le jour, 3 la nuit, sans douleur.

Urine. — Claire, ni S. ni A.

Prostate. — Grosse comme une mandarine, contour régulier, arrondi; 2 lobes saillants dans le rectum; sillon médian presque effacé. Consistance assez dure. Prostate fixée. 2 petites granulations grosses comme un pois chacune, roulant sur la face inférieure de la prostate, l'une en haut du lobe gauche, l'autre au milieu du lobe droit. Pas de bosselures. Non dégénérée. Grosse, bien délimitée.

Reins. — Non perçus.

Elat général. — Langue rosée, humide. Cœur : bon. Pouls régulier, bien tendu. Poumons : ronchus à la base droite. Respiration généralement emphysémateuse.

Traitement : 5 décembre 1912. PROSTATECTOMIE (D^r Giuliani). — Anesthésie lombaire à la stovaïne. A partir du milieu de l'opération rapidement conduite, malade pris de baillements répétés. Facies pâle, lipothymique. Ligature et section des déférents. Incision sus-pubienne de 5 cm. Taille vésicale (vessie remplie). Prostatectomie : la prostate est décortiquée et amenée à l'extérieur en une minute. Massage de la loge. Malade saigne peu.

Tube de Freyer dans la vessie. 2 mèches dans le Retzius. 1 point de suture en haut.

Dans la soirée, malade saigne abondamment et souffre beaucoup. La prostate (complète) pèse 75 gr. Hypertrophie légèrement plus marquée sur le lobe gauche. Aspect adénomateux. A la coupe, il suinte un peu de liquide prostatique,

7 décembre. — Malade bien agité et hyperthermique le soir de l'opération, a saigné beaucoup. Lendemain, tous ces symptômes disparus. Hémorragie moyenne. Aujourd'hui, calme. Freyer remplacé par drain.

9 décembre. — Hier soir, malade recommence à saigner assez abondamment. On lui enlève son drain. Hémorragie se calme. T. monte de 37°4 à 38°2. Ce matin, hémorragie a cessé complètement. Lavage de la vessie au nitrate et placement d'un nouveau drain. Purgé ce matin.

14 décembre. — Ventre ballonné, malgré selles régulières. Etat général amélioré lentement. Les jours suivant l'intervention, a souffert de douleurs vives, sous forme de lancées persistantes dans les membres inférieurs.

18 décembre. — Ballonnement diminue. Selles fréquentes. Alimentation insuffisante. Anorexie.

24 décembre. — T. ayant monté progressivement, Dr Giuliani craignait qu'il y eût du pus dans la vessie. Sondage par canal. Nélaton 18 laissée à demeure.

25 décembre. — Sonde enlevée. Apyrexie.

30 décembre. — Va de mieux en mieux. Plaie en bon état.

11 janvier 1913. — Hier, sonde à demeure dans canal. Plaie a bon aspect.

13 janvier. — Le 3 janvier, malade a eu point de côté à gauche avec élévation de T., de 37°7 à 38°8. A l'auscultation, souffle tubaire. Cela a évolué comme une pneumonie. Souffle et râles fins dans la suite. Pas assez de force pour cracher. Comme traitement : révulsion et surveillance du cœur : digitale, huile camphrée, éther.

Avant-hier matin, sondes n'avaient pas fonctionné. Celle mise hier matin a bien fonctionné, mais ce matin, elle était bouchée,

et lavages n'ont pas réussi à la désobstruer. On l'enlève et on la trouve putréfiée au bout qui était dans la vessie. Malade tombe dans le marasme. Etat considéré comme désespéré.

15 janvier 1913. — Mort.

OBSERVATION XCI

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète. Taille vésicale puis prostatectomie. Vésicule fermée le 27^e jour.*

V. A., 62 ans, cultivateur, demeurant à Pont-Evêque, entre à l'hôpital le 27 novembre 1912.

Antécédents généraux. -- Père mort à 72 ans d'une affection cardiaque ; mère morte d'un cancer de l'estomac. Marié à 26 ans. 4 enfants bien portants. Ethylisme.

Antécédents spéciaux. — A été sondé plusieurs fois et s'est sondé lui-même.

Affection actuelle. — Il y a 5 ou 6 ans, malade a commencé à uriner plus souvent, plus lentement, moins à la fois. En décembre 1911, crise de rhumatisme articulaire aigu. Sa dysurie s'aggrave, mais ne va pas jusqu'à la rétention complète. Un médecin le sonde, et il continue à se sonder lui-même, tous les 3 jours, pendant 1 mois, pour évacuer son résidu. Etat stationnaire depuis. Malade cessa de se sonder. Vu par le Dr Rafin, il y a 3 semaines, qui conseille les sondages.

Etat actuel. — *Mictions* : 6 à 8 le jour ; 2 la nuit, sans douleur.

Urine. — Quelques globules blancs. Disque d'A. Pas de S.

Urètre. — Nélaton 18 passe facilement.

Prostate. 3 décembre. — Très modérément hypertrophiée. Consistance peu dure. Pas de signe de dégénérescence.

Reins. — 0.

Etat général. — Bon.

Traitement. — 6 décembre : Depuis son entrée, malade est sondé et lavé 2 f. par jour. Pas sonde à demeure la nuit.

14 décembre. — Etat de l'urine ne s'améliorant pas, on pratique, avec anesthésie au Bilioth, une taille vésicale. Drain dans la taille. 2 mèches dans le Retzius.

17 décembre. — Fièvre qui doit être attribuée à la constipation. Purgé ce matin : 3 selles dans la journée. Se sent mieux.

18 décembre. — T. restant élevée, on l'ausculte et on trouve gros souffle tubaire occupant la base droite.

7 janvier. — Depuis quelques jours, malade n'a plus son drain. On lui met une sonde de Pezzer.

17 février 1913. — Malade revient à l'hôpital dans le but de subir la prostatectomie.

20 février : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE. — Sous anesthésie locale à la stovaine insuffisante, continuée par une anesthésie générale au Kélène et Bilioth, on procède à la prostatectomie hypogastrique. L'orifice cutané de la taille précédente est agrandi vers le bas de 3 cm., avec un débridement latéral gauche de 2 cm. Par cette ouverture, le doigt pénétrant dans l'ouverture vésicale, va enlever le noyau prostatique qui forme un petit lobe médian saillant en avant. On fait suivre d'un lavage nitraté, après avoir mis un drain de gros calibre, le tube de Freyer ne pouvant pénétrer. Petite hémorragie. On met 2 mèches dans le Retzius. A noter que la vessie est à colonnes. Prostate enlevée pèse 7 gr. Elle présente un noyau d'aspect adénomateux gros comme deux grains de café.

1^{er} mars. — Ablation du drain. Bon aspect de la plaie.

2 mars. — T. 39°, le soir, sans cause connue. Pas de frisson.

9 mars. — Jusqu'à hier, lavages nitrates par la plaie, avec sonde Nélaton. Hier soir, sonde à demeure.

12 mars. — Sonde enlevée ce matin. Malade urine par la verge toute la journée. Sa plaie était fermée, elle s'est réouverte hier soir.

14 mars. — On place à demeure une sonde en gomme.

17 mars. — Depuis hier, plaie fermée.

19 mars 1913. — Plaie ne s'est pas rouverte. Urine bien par le canal sans sonde. Part sans résidu. Très bon état général.

OBSERVATION XCII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique. Traité par la taille hypogastrique (Dr Rochet). Puis prostatectomie sus-pubienne. Guérison à peu près complète 23 jours après l'opération.*

G. J.-C., 72 ans, propriétaire, demeurant à Chasselay, entre à l'hôpital le 17 mars 1913, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Pendant la campagne de 1870, à eu, pendant 3 semaines, de la difficulté pour uriner. Urinait souvent quelques gouttes seulement à la fois. Nie avoir eu auparavant de blennorrhagie. Depuis 20 ans, volumineuse hernie inguinale droite.

Antécédents spéciaux. — Se sondait lui-même depuis 4 ans jusqu'au moment où on lui a fait une taille dans le service du Dr Rochet, il y a 20 mois.

Affection actuelle. — Depuis 4 ans, mictions plus fréquentes, moins abondantes. Jet diminué d'ampleur. S'est sondé lui-même 3, 4 f. par jour, avec une Nélaton, puis avec une sonde à bécquille, pendant longtemps; n'urinait presque pas sans se sonder. A un certain moment, il ne put plus uriner il se fit saigner. C'est alors que, faisant de la rétention et souffrant beaucoup, il alla trouver le Dr Rochet qui lui fit une taille. On lui laisse un drain pendant quelque temps, puis plus rien. Depuis cette époque, n'urine que par la fistule de la taille.

Etat actuel. — Urine, trouble.

Urètre. — Nélaton 17 passe.

Prostate. — Grosse; 2 lobes saillants, irréguliers, lisses.

Testicules. — Hernie inguinale droite descendue dans les bourses.

Etat général. — Bon état général. *Cœur* : bruits réguliers.

Traitement. — A partir de son entrée, malade sondé régulièrement par le canal, avec une Nélaton. Il n'urine pas du tout spontanément. On dilate à 2 reprises la fistule de la taille pour permettre à la vessie de se vider mieux et faire lavage de vessie à double courant.

20 mars : PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE (Dr Giuliani). — Echec à la RACHISTOVAÏNISATION, commandée par l'état du myocarde. L'aiguille pénètre dans le canal rachidien, mais il ne s'écoule que du sang. Anesthésie à l'éther. Durée 50, 55 minutes. Incision sus-pubienne de 5 cm. sur le trajet de la taille précédente. On incise prudemment dans ces tissus cicatriciels en se préoccupant d'éviter la blessure du péritoine qu'on voit à l'angle supérieur de la plaie. Arrivé dans la vessie, on commence l'énucléation qui est longue et pénible. La prostate est entourée d'une gaine très dure qu'on dilacère avec peine. Prostate, enlevée en 2 fragments, pèse 50 gr. Elle présente 1 lobe gauche très hypertrophié, 1 lobe droit moins gros, et le canal de l'urètre est un peu dévié latéralement dans sa traversée prostatique. Aspect fibro-adénomateux. Vessie ligneuse. Pas de calculs. Hémorragie assez abondante au cours de l'opération, cessant presque aussitôt qu'on a mis le tube de Freyer. Deux mèches dans le Retzius.

Malgré la durée de l'anesthésie, pouls à 140, avec quelques intermittences.

22 mars. — Tube de Freyer enlevé et remplacé par un drain. Va bien, sauf pouls rapide, intermittent (140) ayant nécessité digitale et huile camphrée.

26 mars. — La température monte progressivement ; le drain ne tient pas dans la vessie, et on ne peut la remettre que difficilement. Langue un peu sèche.

7 avril. — Ablation du drain.

13 avril. — Sonde à béquille à demeure dans le canal. La plaie est sèche et ne se mouille que lorsque le malade va à la selle.

OBSERVATION XCIII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention chronique incomplète. Taille hypogastrique puis prostatectomie sous anesthésie générale. Fistule fermée le 35^e jour.*

S. A., 66 ans, bourrelier, demeurant à Jujurieux, entre à l'hôpital, le 25 février 1913, pour troubles urinaires.

Antécédents généraux. — Une crise de rhumatisme articulaire aigu. Légers rhumes. Marié. 3 enfants bien portants.

Antécédents spéciaux. — Sondé 2 f. par jour, pendant 8 jours, avant son entrée.

Affection actuelle. — Premières difficultés pour uriner, et augmentation du nombre des mictions, il y a une dizaine d'années. Aggravation ces temps derniers. Il y a 15 j., urinait peu et souffrait beaucoup. Sondé pendant 8 jours, 2 f. par j., on ne retirait pas plus d'un litre chaque fois ; il eut une hémorragie parce que sa vessie avait été vidée en une fois. Il urinait un peu dans l'intervalle des sondages. Pas de rétention complète.

Elat actuel. — *Mictions* : 10 le jour, 10 la nuit,

Urine. — Trouble ; brûlure au canal pendant la miction.

Urètre. — Nélaton 18 passe facilement.

Prostate. — Peu hypertrophiée, régulière, à bords bien délimités ; sillon médian net ; consistance normale ; pas de bosselures.

Testicules. — 0.

Traitement. — 4 mars : TAILLE HYPOGASTRIQUE et mise en place d'une sonde de Pezzer. Au cours de la taille, par la vessie, le doigt sent un lobe médian prostatique saillant dans la vessie.

7 mars. — Depuis l'opération, malade se plaint constamment de douleurs vésicales et au bout de la verge.

28 mars : *Intervention définitive.* — PROSTATECTOMIE SOUS

anesthésie au Bilioth, sans incident. On agrandit à peine la place de la taille. Prostate assez aisément enlevée, sans hémorragie.

30 mars 1913. — Tube Freyer et mèches enlevés; drain dans la vessie. Va bien.

3 avril. — Ablation du tube. On met une sonde de Nélaton dans la plaie.

4 avril. — Sonde Nélaton enlevée.

14 avril. — Sonde à béquille à demeure dans le canal. Plaie encore assez largement ouverte.

Mai 1913. — Fistule fermée vers le 35^e j. Etat général très bon.

OBSERVATION XCIV

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ : *Rétention aiguë. Prostatectomie en 2 temps. Fistule fermée le 36^e jour.*

G... J., 79 ans, demeurant à Fontaine-sur-Saône, entre à l'hôpital le 17 février 1913, pour rétention aiguë.

Antécédents généraux. — Fièvre typhoïde à 15 ans. Quelques rhumes.

Antécédents spéciaux. — A été sondé 1 f., ce matin.

Affection actuelle. — Depuis 3 ou 4 ans, une dizaine de mictions le j., 3 ou 4 la nuit. Urines un peu louches.

Hier soir, à 10 h., accès de rétention aiguë. Toute la nuit, le malade souffre et ne peut uriner. Le Dr Fléchat ne peut le sonder et l'envoie ici où on le sonde, une 2^e f., à midi. Pas de distension. Vessie contenait 250 gr.

Mictions. — 10 le j., 4 la nuit.

Urine. — Trouble.

Urètre. — Nélaton 16 passe facilement.

Prostate. — Assez fortement hypertrophiée, consistance char-

nue, contour bien délimité, sillon médian très net, aucune bosselure.

Testicules. — Au niveau de l'épididyme droit, petite bosselure.

Elat général. — Bon ; pas de constipation, langue humide et rose.

Traitement : 22 février. — Taille hypogastrique préliminaire, et mise en place sonde Pezzer. Anesthésie locale à la stovaïne.

24 avril : PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE (Dr Giuliani). — Anesthésie au Bilroth. Prostate, très hypertrophiée, dans une coque scléreuse très dure, demande beaucoup d'efforts pour être enlevée, en 2 fragments.

Hémorragie plus que de coutume.

25 avril. — Hémorragie post-opératoire nulle. A cause de l'état du cœur, plusieurs piqûres d'huile camphrée. Aujourd'hui 0,50 d'infusion de poudre de feuilles de digitale.

27 avril. — Cœur moins rapide, moins arythmique. Freyer enlevé. Drain moyen.

5 mai. — Drain enlevé.

13 mai. — Sonde à béquille à demeure enlevée 2^{j.} après, parce qu'elle ne fonctionne pas.

19 mai. — Nouvelle sonde à demeure ne fonctionne pas.

20 mai. — Béniqués 30 à 40. Sonde à demeure (béq. 20).

26 mai. — Une béquille 24 fonctionne bien.

30 mai. — Malade va bien. Plaie cicatrisée.

9 juin. — Résidu nul. Capacité vésicale : 200. Nélaton 20 passe librement. *Mictions* : 4 à 5 la nuit, 3 à 4 le jour. Etat général bon.

I^{er} GROUPE : RÉTENTIONS RÉCENTES AVEC

N ^{os} D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie Antécédents généraux	ÉTAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anesthé- sie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des déféments	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	Urines	Acci- dents divers						
Obs. 1, T., 66 a.	Début il y a 10 ans par symptômes dysuriques.	1 ^{re} crise de rétention le 6 sept. ; sondé. hématurie. Résidu : 500 gr	san- glantes		31 oct. 1908	générale éther	40 gr.	non faite	à droite	28 ^e jour
Obs. 3, H. G., 69 ans.	Début il y a 5 a., par sym- ptômes dysu- riques.	1 ^{re} crise de rétention le 6 déc. 1 ^{er} cath. on retire 1/2 lt hématurie lé- gère. 2 ^e cathé. infructueux. 3 ^e cath. 11. 1/2.	légèrem. louche, ni S. ni A.		16 jan. 1909	générale	35 gr.	faite	0	†
Obs. 6, C. G., 71 ans.	Début il y a 2 a., par pol- akiurie.	1 ^{re} crise de rétent. suivie de miction p ^r regorgement le 20 décemb. Résidu : 100 à 260 gr.	limpides ni S. ni A.		16 mars 1909	générale	15 gr.	faite	0	24 ^e jour
Obs. 8, L. P., 72 ans.	Début par sympt. dysu- riques 7 ans auparavant.	1 ^{er} cr. rét. le 23 nov. 1905. cath. 2 ^e cr. le 6 août 1906. Résidu : 140. Cath. 3 ^e cr. le 15 mars 1909. Cath. Rés. 300	troubles modéré- ment		21 avril 1909	générale	40 gr.	faite	0	†
Obs. 9, H. V., 67 ans.	Début il y a 6 a., dysurie.	Le 3 mai 1909 rétent. brus- que. Sondé.	troubles ni S. ni A.		4 juin 1909	générale	35 gr.	faite	0	14 ^e j.
Obs. 18, J. M., 69 ans.	Début il y a 5 a., dysurie.	21 fév. 1910. rétent. brus- que, ponction sus-pub.	troubles san- glantes		1 ^{er} mars 1910	générale	38 gr.	faite	0	21 ^e j.
Obs. 19, J. F., 73 ans.	Début il y a 3 a., dysurie.	17 fév. 1910, crise de réten. aiguë, sondé ; résidu : 200.	très troubles		19 mars 1910	rachi- stovaini- sation	27 gr.	faite	0	41 ^e j.
Obs. 21, F. C., 59 ans.	Début il y a 4 ou 5 ans, dy- surie.	31 mars 1910, 1 ^{re} cr. rétent. aiguë, sondé pendant 8 j.	troubles ni S. ni A., odeur ammon.		12 avril 1910	rachi- stovaini- sation	48 gr.	faite	0	17 ^e puis 32 ^e j.
Obs. 24, J. C., 65 ans.	Début il y a 6 m., dysurie.	26 avril 1910, crise de rét. sondé 1 fois. Résidu 150 gr.	limpides ni S. ni A.		14 juin 1910	générale Bilroth	12 gr.	faite	0	25 ^e j.
Obs. 27, P. M., 70 ans.	Début il y a 2 a. 1/2, crise de rétention, puis légère dysurie.	1 ^{re} cr. de rét. il y a 2 a. 1/2, cath. 2 ^e cr. de rét. aiguë 15 juil. 1910 ; ré- sidu ; 80 à 100.	troubles mauvai- se odeur, disque d'A.		21 juil. 1910	générale	45 gr.	faite	0	29 ^e j.

SYMPTOMES DYSURIQUES ANTÉRIEURS

ACCIDENTS opérateurs et post-opérateurs	ÉTAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins état général	Suites génitales	
Rétention d'urine nécessitant une urétrotomie externe le 10 déc.	14 nov. 1912.	Résidu nul 20 mict. le j., 3 à 4 la n.	Limpides un peu d'A	Un explorateur à b. 18 pas. bien. Etat général excellent.	Rapports tous les mois, même sensation, p. de liquide.	28 février : le malade a pris une pneumonie droite. Il est mort quelques jours après.
Élévation de la T. le 23 janvier. Grandes oscillations; périnéotomie le 10 février.	8 décemb. 1910.	1 miction la n. Résidu nul.	As. troubles, trac. d'A.	Nélaton 16 arrêtée dans l'urètre postérieur.	Rapports tous les 2 mois ap. l'opération.	
Le 23, élévation de T.; récurrence de bronchite ancienne. myocardiite et mort.	21 nov. 1912.	Mict. 3 à 4 la n., id. le j. Résidu 5 g.	Limpides gr. disque d'A.	Nélaton 18 passe librement. Etat génér. bon.	Rapports tous les mois, même sensation; pl. de sperme.	17 nov. : il écrit qu'il urine bien, est parfaitement bien. Mais à un précéd. exam., sa prostate avait été trouvée suspecte de dégénérescence.
Q. q. j. ap. signes de pleuro-pneumon. av. dyspnée finit par guérir.	16 janv. 1913.	Mict. 3 à 4 la n., toutes les 2 h. le j. Résidu nul.	Clares, ni S. ni A.	Etat général, très bon		
	28 nov. 1912.	Mict. 1 ou 2 la n., 3 ou 4 le j. Résidu 10 gr.	Clares, limpides, ni S. ni A.		Rapp. toutes les 3 sem. même sens. émis. de liq. sperm.	Mort 3 a. après par dégen. néoplasique de la loge prost. av. extension à la vessie. Symp. d'inf. ascend. du côté du rein droit.
	16 janv. 1913.	Mict. le j. tout les 2 h., la n., 2 fois. Résidu nul.	Clares.	Etat général. excell.	Rapports de temps en t. émission de sperme.	
Rétrécissement au niv. de l'urètre membraneux; urétrotomie ext.	2 décemb. 1910.	Toujours incontinence d'urine.	Modérément troubles.	Etat général, assez b.		En 1911; hémiplegie; en 1913 malade assez bien portant, toujours un peu d'incontinence.

I^{er} GROUPE : RÉTENTIONS RÉCENTES AVEC

N ^o D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie Accidents antérieurs	ÉTAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anes- thésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des défrents	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	URINES	Acci- dents divers						
Obs. 30. P. P., 68 ans.	Début il y a 6 ans par hé- maturie.	Hématuries depuis 7 ans, continence depuis le 30 juin. Résidu : 200 à 300 gr.	Hémat. au début de la miction.		4 août 1910.	générale Bilroth	108 gr.	faite	0	16 ^e j.
Obs. 38. J. F., 59 ans.	Début il y a 8 ans, dysurie et hématurie.	Rétent. brus- que le 21 nov. Sondé.	Purul ^{tes} troubles résidu : 290 gr.		3 déc. 1910.	générale éther	105 gr.	faite	0	20 ^e j.
Obs. 46. J. Z., 63 ans.	Début brus- que il y a 8 j.; auparavant, 1 à 2 mict. la n.	Le 10 mai : Rétention ai- guë : sondé 2 fois par jour depuis.	Troubl. un peu d'A.		3 juin 1911.	générale Bilroth	24 gr.	faite	0.	19 ^e j.
Obs. 47. C. D., 58 ans.	Début il y a 5 ans; 1 crise de rétention, puis dysurie.	Rétention au début de mai; sondé; résidu 500 gr.	Louch., un peu d'A.		3 juin 1911.	générale Bilroth		faite	0	19 ^e j.
Obs. 51. G. P. R., 67 ans.	Depuis 4 a.: plus. cris. de rétent. aiguë sondé chaq. f.	7 à 8 la nuit, 8 à 10 le jour, résidu : quel- ques gr.	Troubl. un peu d'A.		7 nov. 1911.	Rachi- stovaini- sation	55 gr.	faite	0	28 ^e j.
Obs. 58. A. C., 64 ans.	Dysurie dep- uis 10 ans, sondé il y a 1 an 1/2.	Toutes les h. nuit et jour.	Limpi- des, b. d'A.	Vessie un p. disten- due.	En 2 t. cyst. 2 mars 1912; pro. 30 a. 1912.	générale éther	70 gr.	non faite	0	18 ^e j.
Obs. 59. R. B., 63 ans.	Dysurie dep- uis 2 a. Ré- tention aiguë 23 avril 1912. Sondé 10 j.	3 à 4 la nuit, autant le jour. Résidu : 200 g.	Très tr.		15 mai 1912.	générale Bilroth	31 gr.	faite	0	20 ^e j.
Obs. 62. H. F., 70 ans.	Dysurie dep. 5 a. rét. 29 av. 1912 sondé 1 f. 6 ponct. de la vessie; sonde à dem. depuis 11 mai.	Avant la cri- se, 4 à 5 la n.; 10 le j. Cuis- son en urin.	Trouble av. fila- men ^{teu} ses. grande quantité d'A.		En 2 temps cyst. 1 ^{er} jan. 1912; pro. 15 ju. 1912	générale	55 gr.	faite	0	21 ^e j.
Obs. 69. G. D., 61 ans.	Dysurie dep. 1 an, rét. aig. depuis 3 sem.	2 à 3 le jour, 1 la nuit.	Sales, albumi- neuses.	orchi- te g.	9 août 1912.	Rachi- stovaini- sation	7 gr.	faite à dr.	0	22 ^e j.
Obs. 70. J. D., 70 ans.	Sympt. dy- suriques dat. de 5 ans.		Limpid.		10 août 1912.	Kélène		non faite	0	36 ^e j.
Obs. 72. M. B., 62 ans.	Rétention ai- guë récente.	Rét. compl. dep. 2 j.; 2 ou 3 mict. la n.	Troubl.		30 oct. 1912.	Rachis. p. anest. générale		faite	0	23 ^e j.
Obs. 73. F. W., 70 ans.	Plus. crises de rétention aiguë.	4 à 5 la nuit; 8 à 9 le jour.	Limpid.		31 oct. 1912.	Rachi- stovaini- sation	75 gr.	faite	0	50 ^e j.

SYMPTOMES DYSURIQUES ANTÉRIEURS

ACCIDENTS opératoires et post-opératoires	ETAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins, état général	Suites génitales	
Rétrécis. de l'u- rètre néces. urét. externe le 3 sept.	16 janv. 1913.	10 la n., 10 le jour, rés. nul.	Clares, ni S. ni A.	Excel. état général.	N'a pas eu de rapp ^{ts} mais déclare en av. la force.	
	7 décem- bre 1912.	Mict. : 2 la n., 5 à 6 le j. résidu nul.	Clares.	Etat géné- ral bon.	Un rapport 4 m. ap. l'opé- rat., m. sens. pas de liquide	
	6 décem- bre 1912.	Mict. : 4 le jour, 1 la n., résidu 10 gr.	Clares.	Etat géné- ral excel.	Un rapport mens. lenteur dans l'éjacu- lation.	
	12 décem- bre 1912.	Mict. : 9 à 10 le j., 2 la n., rés. 30 g.	Très clai- res.	Etat géné- ral très bon.	2 à 3 rap. dep. l'opér. ; émis. de sperme, même sensat.	
	9 décem- bre 1911.	Résidu nul.	Modéré- m ^t troub.	Etat géné- ral bon.		
	16 janv. 1913.	Mict. : 6 pr jour, résidu nul.	Clares, un p. d'A.	Etat géné- ral excel.	Rapports t. les 4 ou 5 j., sensation, pl. de liquide.	
	20 janv. 1913.	Mict. : 2 à 3 le jour, ap. prostatectom- ie, résidu nul.	As. trou- bles.			Son médec. écrit 20 jan. 1913 que malade allant bien jusque-là (2 à 3 mict. le j. ; 2 la n.) est atteint néph. interstitielle.
	15 janv. 1913.	Mict. : 4 à 5 le jour, 2 la nuit, résidu nul.	Clares.	Etat géné- ral très bon.		
	14 sept.	Mict. : 4 à 5 le j., autant la nuit.	Un peu troubles.	Etat géné- ral bon.		11 juin 1913. Malade va parfaitement à tous égards.
	24 octob.	Mict. : 4 à 5 le j. et la n. Résidu nul.	Louches.	Etat géné- ral bon.		
	14 janv. 1913.	Mict. : 2 la n., 2 le jour.	Clares.	Etat géné- ral excel.	Impuissance.	
	24 avril 1913.	Mict. : 3 à 4 la n., 6 à 7 le jour.	Un peu troubles.	Etat géné- ral bon.	Un seul rap. sans éjacula- tion.	

I^{er} GROUPE : RÉTENTIONS RÉCENTES AVEC

N ^o D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie. Accidents antérieurs	ETAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anes- thésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des déféments	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	URINES	Acci- dents divers						
Obs. 75. Fr. R. 61 ans.	Dysurie dat. de 7 ans. Cr. de rétent. aig. gué; dernière 15 août 1909.	Depuis le 15 août 4 cathét. par j. résidu 260 à 300 gr.	troubles		10 sep. 1909.	générale	50 gr.	faite	0	22 ^e j.
Obs. 77. F. F. 69 ans.	Dysurie anc. a. rétent. aig. dat. de 3 sem. Cathéter.	Se sonde ré- gulièrement.	troubles od. forte disque d'A.	2 hém. en ret la son- de.	26 août 1910.	générale	55 gr.	faite	0	19 ^e j.
Obs. 79. P. C., 75 ans.	Dep. 6 mois, symp. de dys. rét. récente.	Se sonde 4 fois p. j. rés. 400 à 600 et pl.			12 août 1911.		30 gr.	faite	0	32 ^e j.
Obs. 81. A. M., 70 ans.	Crises de ré- tention aiguë depuis 4 à 5 ans.	7 à 8 la nuit, toutes les h. le jour.	troubles	S'est brisé l sonde de l'ur. phleg- mon prév. cons.	Taille 28 juin prosta- tect. 23 août 1912.	générale Bilroth	49 gr.	non faite	orch. gauche	31 ^e j.
Obs. 85. J. G., 54 ans.	Début il y a 6 ans, pl. cris. rétent. pass.; 16 août 1911, rétent. comp.	2 cathétérís. qui ne réus- sissent pas.	colorées troubles od. forte		Taille 16 août 1911, pro. 15 s. 1912.		100 gr.	faite	0	2 m.
Obs. 86. E. J., 63 ans.	Dysur. dep. 3 ans 1 ^{re} crise rét. 13 sept.	2 à 3 la nuit, 3 ou 4 le jour.	Un peu trouble.		21 sep. 1912.	générale	70 gr.	faite	0	†
Obs. 87. A. D., 76 ans.	Début il y a 10 a. par dys. cr. de rétent. aig. av. cathé.	6 à 7 la nuit.	Louches ni S., ni A.		25 sep. 1912.	générale Bilroth	80 gr.	faite	0	20 ^e j.
Obs. 88. B. P., 73 ans.	1 ^{re} cr. rét. il y a 4 ans; un seul cathéter. nouv. cr. le 20 mai. On ne p. le sonder.	Cystostomie d'urgence.			26 mai 1912; taille; prosta- tectoie 12 oct. 1912.	générale éther	70 gr.			19 ^e j.
Obs. 89. abbé C., 68 ans.	Début il y a 6 m. par dys. lég. rét. brus.	4 à 5 le jour, tout. les 2 h. la nuit.	légèrem. troubles tra. d'A.	diabé- tique.	27 nov. 1912.	rachi- stovaini- sation	55 gr.	faite	0	2 m.
Obs. 90. P. M., 78 ans.	Début il y a 4 a. une ving- taine de cris. rétent. aiguë.	5 le jour, 3 la nuit.	claires, ni S. ni A.		5 déc. 1912.	rachi- stovaini- sation	75 gr.			†
Obs. 94. J. G., 79 ans.	Dysurie dep. 4 ans, puis, rétent. aiguë.	10 le j., 4 la nuit.	troubles		22 fév. 1913.	générale Bilroth			0	36 ^e j.

SYMPTOMES DYSURIQUES ANTÉRIEURS

ACCIDENTS opératoires et post-opératoires	ETAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins, état général	Suites génitales	
Mort par embolie le 11 ^e jour.	3 mars 1913,	Mict. 2le j. résidu nul.	Un peu troubles.	Etat général excell.		3 mars 1913 : son fils écrit malade mort subitement en févr. Etat urinaire était parfait.
	27 sept. 1910.	Résidu 60 g.				
	14 sept. 1911.	Résidu 40.		Etat général bon.		
	27 sept. 1912.	Mictions 4 à 5 la nuit ; toutes l. 1/2 heures le j. résidu nul.	Troubles			
	31 janv. 1913.	Résidu nul.	Très lég. troubles 1 gr. d'A. p. litre.		Rap. sexuels non changés.	
	6 mars 1913.	Mict. : 5 la n. 4 à 5 le j. résidu nul.	Limpides ni S. ni A.	Etat général bon.	Quelq. érections la nuit.	
	6 mars 1913.	Mict. : 5 la nuit, un peu moins le j. Résidu nul.	Un peu louches.	Etat général bon.	Sens génésique aboli.	
Mort le 13 janv. de pneumonie au moment où plaie allait se cicatriser.	4 janvier 1913.	Mict. 6 le j. 7 à 8 la nuit. Résidu nul.	Troubles S.			
	9 juin 1913.	Mict. : 4 la nuit, 4 le j. Résidu nul.		Etat général bon.		

II^e GROUPE : RÉTENTIONS

N ^o D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie Accidents antérieurs	ETAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anes- thésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des déficients	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	URINES	Acci- dents divers						
Obs. 28. J.-M. B., 76 ans.	Dysurie dep. 3 ans; sondé il y a 18 mois jam. de crise de rét. aiguë.	Rét. comp. dep. 1 a.; dep. 10 j. (22 juin 1910) 15 à 20 sond. en 24 h.	Très tr. mal odo- rant. lég. dis. d'A.		19 juil. 1910.	générale éther	35 gr.	faite	0	22 ^e j.
Obs. 34. E. B., 80 ans.	Dysurie da- tant de 14 m. puis rétention chronique à peu près com- plète.	Se sonde tou- tes les 3 h.	Tr. trou- bles, pu- rulentés mauvai- se odeur un peu d'A.	Ecou- l. purul. as. int. pr l'u- rèt. lé- ger ré- trécis. au niv. d.méat	29 oct. 1910.	générale éther	25 gr.	faite	0	21 ^e j.
Obs. 36. M. J., 75 ans	Dysurie av. rétent. chro- nique depuis 5 ans.	Rét. comp. dep. 2 mois, se sonde 9 à 10 fois en 24 h.	Très troubles	Polyu- rique 2 l. 1/2 en 24h.	5 nov. 1910.	générale éther	25 gr.	faite	0	46 ^e j.
Obs. 53. J.-B., P. 69 ans.	Dysurie dep. 12 a., rétent. depuis 3 ans.	Dep. 3 ans, se sonde 5 f. par jour.	As. tr. ni A ni S, rés. 500.	orchit. gauche supp.	12 déc. 1911.	générale éther	65 gr.	faite seul. à droite.	0	22 ^e j.
Obs. 54. B. L., 67 ans.	Début il y a 14 a. sympt. dysur. rétent. chron. incom- plète p. comp.	Rét. compl. depuis 4 ans; se sonde 7 à 8 fois en 24 h.	As. tr. s. odeur pas d'A.	orchit. gauche	4 janv. 1912.	générale éther	80 gr.	faite	0	32 ^e j.
Obs. 56. R., 64 a.	Début il y a 3 ans.	Rét. compl. dep. 3 ans, se sonde toutes les 3 h. n. et j.	Louche. A. en q. notable.		13 fév. 1912.	générale Bilroth	30 gr.	faite	0	18 ^e j.
Obs. 64. M. E., 68 ans.	Rétent. aig. il y a 12 ans puis chroniq.	Rétent. com- plète dep. déc. 1911, se sonde 4 f. par jour.	Trouble gr. disq. d'A.		En 2 t. cyst. 23 a. 1912 pro. 25 j ⁿ 1912.	générale éther	135 gr.	non faite	0	20 ^e j.
Obs. 66. G. M. E., 69 ans.	Rétent. com- plète datant de 10 ans.	Se sonde 1 fois en 24 h.	Presq. limpide, peu d'A.		10 juil. 1912.	rachi- stovai- sation	240 gr.	faite	0	25 ^e j.
Obs. 76. B., 74 a.	Rétent. com- plète datant de 15 ans.	Se sonde 8 à 10 fois le jour 4 à 5 la nuit.	Trouble purul. gr. disq. d'A.		28 sep. 1909.	générale	85 gr.	faite	0	†

CHRONIQUES COMPLÈTES

ACCIDENTS opératoires et post-opératoires	ETAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins, état général	Suites génitales	
Rhumatism. in- fectieux post-op. arthr. purul, cou- de-pied dr. Mort.	5 décem- bre 1912.	Mict. 4 à 5 la nuit. Ré- sidu nul.	Clares, disq. d'A.	Etat géné- ral bon.		
	19 avril 1913.	Mict. 7 à 8 le j., 4 à 5 la nuit.	Tr. clair.	Etat géné- ral excell.		
	3 décem- bre 1912.	Mict. 6 à 8 le j., 2 à 3 la nuit.	As. clair.	Etat géné- ral très sa- tisfaisant.		Mai 1913. A dû rev. à l'hôpital à la suite d'acc. lithias, p ^r su- bir la lithotritie.
	16 janv. 1913.	Mict. 5 la n., 6 le j., rés. 25 gr.	Un peu troubles.	Etat géné- ral bon.	Désirs sex, absol. nuls.	
	17 janv. 1913.	Mict. 2 la n., tout. les 2 h. le jour. Résidu 80 g. en 1912.	As. trou- bles, disq. d'A.	Etat géné- ral parfait.	Rapp. nor- maux, dimin. de l'éjaculat.	
	16 janv. 1913.	Mict. 2 la n. 5 à 6 le j. Résidu nul.	As. trou- bles, disq. d'A.	Etat géné- ral très bon.	Rap. sexuels abs. normaux comme à 20 a. dimin. du liq.	
	16 janv. 1913.	Mict., 7 à 8 le j., 3 la n. Résidu 10 g.	Tr. trou- bles, gros disq. d'A.	Etat géné- ral bon.	Rap. sexuels nuls.	
	7 août 1912.	Résidu nul.	Clares et inodores.			17 janv. 1913. Mé- dec. écrit qu'il craint que son malade soit atteint cancer estom.

III^e GROUPE A. : RÉTENTIONS CHRONIQUES

N ^o D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie Accidents antérieurs	ETAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anes- thésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des déféments	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	URINES	Acci- dents divers						
Obs. 2. J. B., 67 ans.	Accid. dysu- riq. dat. de 7 à 8 a. Rétent. incomp. dep. 4 a. Sonde à dem. pend. 7 j. mal supp. Résidu : 180 g.	On le sonde 5 à 6 fois par 24 heures.	troubles od. forte avec A.		En 2 t. cystos. 27 sep. 1908, prost. 8 déc. 1908.	générale Bilroth	55 gr.	faite	0	†
Obs. 4. A. G., 68 ans.	Dysurie dep. 10 a. Rétent. d'urine inc. et variable.	3 à 4 la nuit, tout. les h. le j. Rés. 320 gr.	limpides avec A. q. q. glo- bules bl.		23 jan. 1909.	générale	35 gr.	faite	0	
Obs. 5. G. D., 68 ans.	Cris. de rét. datant de 6 a. rétent. inc. s. dist. Sondé 7 fois par j. de- puis 6 mois.	5 à 6 le jour, 1 à 2 la nuit.	trouble, s. odeur dis. d'A.		31 jan. 1909.	générale	65 gr.	faite	0	12 ^e j.
Obs. 10. J. C., 65 ans.	Depuis 1 an env. rét. inc. sans distens.	Toutes les 2 h. la n.; le j. un peu moins Résidu 160 g.	Limpide ni S ni A.		26 juin 1909.	générale Bilroth	54 gr.	faite	double	30 ^e j.
Obs. 12. G. M., 68 ans.	Cystite can- tharid. il y a 22 ans. Rét. chronique in- compl. sans distension.	Sondé il y a 3 sem. dep. 10 à 15 mict la n. et plus encore le j. Résidu : 280 gr.	troubles avec A.		30 juin 1909.	générale Bilroth	12 gr.	faite	0	28 ^e j.
Obs. 14. A. D., 71 ans.	Dysurie dep. 8 ans, rétent. incompl. sans distension.	Mict. la nuit tout. les 10 m. un peu m. le j. rés. 430 gr.	infec. ni S. ni A.	orchit. double	3 août 1909,	générale	30 gr.	non faite	0	14 ^e j.
Obs. 15. A. P. 70 ans.	1 ^{re} crise de rétent. aiguë il y a 3 ans; se sonde à inter- valles; rétent. inc. s. dist.	Dep. 15 jours rétent. comp. se sonde 2 à 3 f. le j., 3 à 4 la nuit. Résidu : 290 gr.	troubles purul.		30 oct. 1909.	générale	195 gr.	faite	0	36 ^e j.
Obs. 17. P. G., 62 ans.	Début il y a 3 ans, rétent. incomplète s. distens., avec cris. de dys.	4 à 6 le j., 4 à 5 la n., résidu 180 gr. 340 gr.	limpid. pas d'A.		26 fév. 1910.	rachi- stovaini- sation	94 gr.	faite	0	17 ^e j.
Obs. 23. J. R., 70 ans.	Dep. 2 m. 1/2 dysurie; rét. incomplète s. distension.	Mict. 10 à 15 le j. autant la nuit. résidu : 200 gr.	infect. pas d'A.		11 juin 1910.	générale	15 gr.	d'un s. côté à droite.	orc. g. petit abcès s. lig. cordon à dr.	24 ^e j.

INCOMPLÈTES SANS DISTENSION

ACCIDENTS opérateires et post-opérateires	ETAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins état général	Suites génitales	
Mort avec bal- lonnem. du ven- tre le 15 décemb. 1908.						A l'autopsie; pas de péritonite, perforat. de l'estomac sur la cicatrice d'un vieil ulcère.
		A son dép. de l'hôp. un m. ap. 20 g. de résidu.				Mort avec troubles cérébraux 3 m. après à l'Hôtel-Dieu.
		A son dép. de l'hôpital, résidu nul.	Limpides, un p. d'A.			Ce malade est mort subit. 14 m. ap. Son état avait toujours été excellent; urines limpides ne conte- nant que très p. d'A.
	12 mai 1911.	Résidu nul.	Limpides.	Etat géné- ral excellent mars 1913.	Pas de rapp. sexuels, bien qu'il ait enco- re sa femme.	
	18 avril 1913.	Résidu nul mict. 5 à 6 le j., 2 à 3 la nuit.	Clares.	Etat géné- ral excell.	Rapports t. les 15 jours.	
	11 décem. 1912.	Mict. 4 à 5 le j., 3 à 4 la nuit. Résidu 5 gr.	Clares, ni S. ni A.	Etat géné- ral excell.		
		A son dép. de l'Hôpital résidu nul.	Limpides.	Etat géné- ral excell.		A écrit récemment qu'il allait très bien.
	mars 1913.	Résidu nul.	Limpides.	Etat géné- ral excell.		Après sa rachisto- vainisation, inconti- nence des fèces, et parésie du droit ext. de l'œil; bien guéri, mais a toujours un peu de mal à retenir ses matières.
	22 juillet 1910.	Résidu 10 g.				Mort brusquement par embolie le 2 août 1910.

III^e GROUPE A : RÉTENTIONS CHRONIQUES

N ^o D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie Accidents antérieurs	ÉTAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anesthésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des déficients	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	Urines	Accidents divers						
Obs. 25. C. B., 66 ans.	Opéré de la pierre, il y a 3 a., puis rét. chron. incomplète s. dist.	Sesonde dep. 6 m., 4 f. p. j., 1 f. la nuit; rési- du : 200 gr.	Presque limpid., pas d'A.		6 juil. 1910	générale	25 gr.	faite	0	5 m. apr.
Obs. 26. M., 69 a.	Début il y a 5 ans, rétention chronique s. distension.	5 à 6 cathéter. par 24 h., son- de à dem. la n. résidu : 105 à 185.	Infect. ni S. ni A.		16 juil. 1910	générale Bilroth	110 gr.	faite	0	12 ^e j.
Obs. 29. L. L., 66 ans.	Début il y a 5 ans; rétén- chronique in- complète sans distension.	4 à 5 le j.; se sonde la nuit. Résidu : 350 g.			23 juil. 1910	générale Bilroth	175 gr.	faite	double	23 ^e j.
Obs. 31. C. B., 69 ans.	Dysurie mo- dér. ancienne dat. de 10 a.; rét. incompl.	4 à 5 la n.; t. les h. le j.; 2 cathéter. p. j.; rés. 200 à 300 g.	Infect. ni S. ni A.		4 août 1910	générale éther	18 gr.	faite	0	18 ^e j.
Obs. 33. E. R., 72 ans.	Début il y a 1 a.; rét. chro- nique inc. s. distension.	1 à 2 la nuit, 6 à 8 le jour. Résidu : 190 gr.	Limpid. ni S. ni A.		21 oct. 1910	générale	20 gr.	faite	0	10 ^e j.
Obs. 85. Père P., 65 ans.	Début il y a 1 a. parrétent. aiguë; crise s. rét., se sonde 1 f. tous l. m.	3 la nuit, 6 à 8 le jour; résidu : nul.	Tr. lim- pides		2 nov. 1910	générale Bilroth	245 gr.	faite	0	26 ^e j.
Obs. 37. J. G., 57 ans.	Début il y a 10 a., rétén- chronique in- complète sans distension.	10 mict., mê- me jusqu'à 24 en 1 nuit; rési- du 170 gr.	Louches 1900 gr. en 24 h.		10 nov. 1910	générale Bilroth	28 gr.	faite	0	46 ^e j.
Obs. 39. V. N., 61 ans.	Début il y a 4 ans, rétén- tion chroniq. sans distens.	10 à 12 le j.; toutes les h. la nuit; rési- du : 300 gr.	Sales, purul. fétid. A.		13 déc. 1910	générale	35 gr.	faite	0	†
Obs. 42. D., 67 a.	Début il y a quelques an.; rétén. chron. sans distens.	Se sonde 4 f. par jour; rési- du : 260 gr.	Infect. pas d'A.		2 mars 1910	générale Bilroth	40 gr.	faite	0	20 ^e j.

INCOMPLÈTES SANS DISTENSION

ACCIDENTS opératoires et post-opératoires	ETAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins, état général	Suites génitales	
Mort d. l'hyper- th. le 57 ^e jour; à l'aut. : néph. sup. infect. pelvienne.	16 décem- bre 1912.	Mict. : 8 ou 10 le j.; 4 ou 5 la n.; rés. 3 gr.	Tr. clair. qq. micr. pas d'A.	Etat génér- al bon.	Rapports tr. rares, p. bril- lants.	
	12 décem- bre 1912.	Mict. : 2 la n., un p. pl. le j.; rés. 0.	Ass. clair.	Etat génér- al excel.	Rapports tr. imparfaits.	
	3 décem- bre 1912.	3 la n., un p. plus le j. Rés. : 12 gr.	Clares.	Etat génér- al bon.	Rapports ra- res.	
	16 janv. 1913.	5 à 6 la n.; 10 à 12 le j.; s. s. 2 f. p ^r j.; rés. 25 gr. ch. f.	Troubles	Etat génér. laisse à dés.; lang. tr. ch., rôtie.	Rapp. p. fré- quents; mêm. sens., pl. de liquide.	
	13 décem- bre 1912.	1 la n.; ré- sidu nul.	Limpides	Etat génér- al excel.	Pas de désirs	
	28 novem- bre 1912.	Mict. : 1 la n., 3 à 4 le j.; résidu nul.	Limpid., lég. disq. d'A.	Etat génér- al excel.		
	3 décem- bre 1912.	Mict. : 2 la n., 5 à 6 le j.; résidu nul.	Limpid., pas d'A.	Etat génér- al excel.	Quelq. érect. p. de rap., 55 j. apr. l'opér.	
	9 janv. 1913.	Mict. : assez fréq. le j., 5 à 6 le n., ré- sidu : nul.	Clares.	Etat génér- al ass. bon.		

III^e GROUPE A. : RÉTENTIONS CHRONIQUES

N ^o D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie Accidents antérieurs	ETAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anes- thésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des défervents	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	URINES	Acci- dents divers						
Obs. 43. J.-M. B., 64 ans.	Début il y a 3 ans, rétention chronique incompl.	5 à 6 la nuit, toutes les 1/2 h. le jour.	Limpide ni S ni A.		16 mars 1910.	générale Bilroth	70 gr.	faite	0	15 ^e j.
Obs. 48. S., 63 a.	Depuis 4 à 5 mois, dysurie légère.	1 ^{re} crise de rétent. fin mai 1911. Sondé. Rés. 80 gr.	ni S ni A.		15 juin 1911.	générale Bilroth	28 gr.	faite	0	33 ^e j.
Obs. 49. V., 67 a.	Début 12 ans auparavant, rétent. chro- nique incomp- lète s. dist.	Sondé 3 fois par jour. Rés. 250 gr.	troubles infect.		19 août 1911.	générale Bilroth	18 gr.	faite	0	
Obs. 50. A. D., 50 ans.	Depuis 2 ans dysurie; rét. modérée et ir- régulière.	2 à 3 la n., t. les 2 h. le j.; 1 cath. p ^r jour rés. 150 à 200 g.	As. tr. malodo- rante un peu d'A.	orchit. gauche	24 oct. 1911.	générale éther	100 gr.	faite	0	pl. mois ap.
Obs. 52. J. P., 61 ans.	Début il y a 1 an, dysurie rétent. chron. incomplète, sans distens.	Tantôt 2; t. 5 à 6 la nuit; résidu 180 gr.	inf. av. un p. d'A amélior. p ^r le trai- tement.		16 nov. 1911.	générale	5 gr.	faite	0	27 ^e j.
Obs. 55. Dr C. F. 54 a.	Il y a 6 à 7 ans, symptô- mes dysur. 22 avril 1911, cr. de rét. aiguë Sondé par Dr Rafin.	4 à 5 la nuit, tout. les 2 h. le jour.	limpid. ni S ni A.	Un p. d'hé- mat.	13 jan. 1912.	générale Bitroth et éther	55 gr.	faite	0	†
Obs. 60. R., 70 a.	Crise rétent. 1898, 1906 av. accidents féb. rétent. modé- rée variable s. distension.	Sondé t. les j. av. résidus de 30 à 80 gr.	non tr., s. odeur.		12 juin 1912.	générale éther	290 gr.	faite	0	26 ^e j.
Obs. 61. A. D., 65 ans.	Début il y a 2 à 3 ans, se sonde depuis 15 jours 1 fois par jour.	4 à 5 la nuit, 220 gr. résidu.	trouble, un p. d'A		13 juin 1912.	générale éther	16 gr.	faite	0	18 ^e j.

INCOMPLÈTES SANS DISTENSIONS

ACCIDENTS opératoires et post-opératoires	ÉTAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins état général	Suites génitales	
Poussées fébril. ayant nécessité un drainage péri- néal le 12 sept.	12 déc. 1912.	Mict. 3 à 6 la n., toutes les 1/2 h. le j. Rés. 60.	Tr. clair. pas d'A.	Etat géné- ral tr. bon.	Rapports tous les 15 jours, p. de liquide. spermatique.	En 1912 : 2 lithotri- ties et une néphro- tomie pr calculs.
	28 déc. 1912.	Presq. pas de résidu q. le malade urine deb.				
	10 janv. 1913.	Mict. t. les 2 h. le j., 3 à 4 la n., rés. 50 à 80 g. p. 100.	Dép lou- che. glair.	Etat géné- ral, assez b.		
Ouverture du péritoin. au cours de la prostatect.	4 mars. 1913.	Mict. 3 à 4 le j., 2 la n. Résidu nul.	Clares, ni S. ni A.	Etat général excellent.	Un rapport 2 m. ap. l'op. à prés. toutes les semaines.	Mort le 30 juil. 1912. Il a eu pend. 6 mois des pous. de T. avec friss. Cyst. le 11 mai drain. vessie, lavage, sonde Pezzer.
	mars 1913.	Résidu nul		Va tr. bien sous tous les rapports.		
	23 avril 1913.	6 mict. par 24 h., un p. derés. ayan ^t néc. lavage vésical.	Clares,	Etat géné- ral, très bon	Pourr. avoir rapp. sexuels.	

III^e GROUPE A : RÉTENTIONS CHRONIQUES

N ^o D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie Accidents antérieurs	ETAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anes- thésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des déférénts	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	URINES	Acci- dents divers						
Obs. 63. F. G., 72 ans.	Début il y a 6 a. Rét. aig. il y a 2 a.; son- dé 40 j.; nouv. rét. 7 m. av. l'opération.	Urine toutes les 5 minutes.	Très troubles		En 21. cystos. 27 jan. 1912; pr. 15 j ⁱⁿ 1912	rachino- vocaïni- sation	95 gr.	non faite	droite	4 à 5 m.
Obs. 65. C. F., 62 ans.	Dysurie dep. 7 a., puis rét. chron. inc. de quant. irrég.	Entr. les rét.: 4 à 5 la n., t. les h. le j. résid.: 40 à 60 gr.	Limp. av. q. q. fil. puis infect.		26 juil. 1912.	générale éther	51 gr.	faite	0	†
Obs. 67. P. M. R., 70 ans.	Hématur. da- tant de 7 à 8 a.; diurne et nocturne.	2 la n., 4 à 5 le j.; résidu nul.	Modér. s.; hém. d. début d. l. mic- tion.		27 juin 1912.	rachi- stovaïni- sation	127 gr.	faite	0	36 ^e j.
Obs. 68. J. -M., 66 ans.	Début il y a 2 a., rétention chron. inc. s. distension.	4 à 5 la n., t. les h. le j.; résidu : 500 à 800 gr.	Très cl. ni S. ni A.		9 août 1912.	rachi- stovaïni- sation	75 gr.	faite	0	28 ^e j.
Obs. 74. V. F., 55 ans.	Début il y a 6 ans. Rétent. inc. sans dis- tension.	20 la nuit, t. les 1/2 heures le jour.	Limp. ni S. ni A.		5 nov. 1912.	générale Bilroth				3 m. 1/2
Obs. 84. Abbé M., 76 ans.	Début il y a 6 a. Rétention chroniq. inc.	5 à 6 la n.; t. les 2 h. le j.; rés. 200 à 300 grammes.	Infect.; disq. m. d'A.	Génér. éther	10 sep. 1912.		60 gr.	non faite		50 ^e j.
Obs. 91. A. V., 62 ans.	Dysurie dep. 5 à 6 a. Peu à peu rétention complète.	6 à 8 le j.; 2 la nuit.	Un peu d'A.		Cys. 14 d. 1912, pr. 20 f. 1913.	générale Bilroth	7 gr.	faite	0	25 ^e j.
Obs. 92. J. G., 72 ans.	Se sonde de- puis 4 a. Cys- tostomie de- puis 20 mois.	Urine par sa fistule.			20 m. 1913.	générale éther	50 gr.		0	23 ^e j.
Obs. 93. A. S.	Dysurie dep. 10 a. Réten- tion incompl.	10 le j.; 10 la nuit.	Troubl.		Cyst. 4 m., pr. 28 m.	générale Bilroth			0	35 ^e j.

INCOMPLÈTES SANS DISTENSION

ACCIDENTS opératoires et post-opératoires	ETAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins, état général	Suites génitales	
Hémorragie ass. abond. ; tampon; infectioir conséc. ayant nécess. la périnéotomie.	16 janv. 1913.	Résidu nul.	Clares, ni S. ni A.	Etat géné- ral tr. bon.		
Mort de pneu- monie le 7 ^e jour.		Résid. : 5 g. 1 m. 1/2 apr. l'opération.	Limpides.			Mort chez lui le 30 octobre, probabl. de myocardite sénile; son état urinaire ét. parfait.
	25 sept. 1912	Mict. : 3 le j., 3 la n.	Encor. un p. louch.			
	19 avril 1913.	Mict. : 5 à 6 p. j.; 1 à 2 la nuit.	Limpid., claires.	Etat géné- ral excell.	Rapp ^{ts} nor- maux.	
	mars 1913	Mict. nor- males.	Clares	Etat géné- ral excell.		
	19 mars 1913.	Résidu nul.		Tr. bon ét. général.		
	juin 1913			Etat géné- ral très bon.		
	mai 1913			Etat géné- ral tr. bon.		

III^e GROUPE B. : RÉTENTIONS CHRONIQUES

N ^o D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie Accidents antérieurs	ETAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anes- thésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des déférénts	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	URINES	Acci- dents divers						
Obs. 7. J.-M. J., 69 ans.	Incontinenc. datant de 10 a. rét. incompl. av. distension	Le j. : t. les 1/2 h.; la nuit, 8 fois.	Tr. pu- rulent.		6 avr. 1909.	générale	7 gr.	faite	0	24 ^e j.
Obs. 11. A. B., 75 ans.	Dysur. déb. il y a 15 mois. rét. incompl. avec disten- sion.	La nuit 6 f. av. incont.; le j., tous les 3/4 d'heure.	Infect., modéré- ment tr.		26 juin 1909.	générale Bilroth	15 gr.	faite	0	Plus d'un mois apr.
Obs. 13. J.-B. BT 67 ans.	Depuis 2 ans, dysur. rétent. chron. inc. av. distension	Mict. : 5 à 6 la n., 4 à 6 le j.; résidu : 300 à 450 gr.	Troubl. ni S. ni A		27 juil. 1909.	générale	25 gr.	faite	0	14 ^e j.
Obs. 16. A. B., 58 ans.	Dep. 18 m. rét. incompl. Sondé plus. f. polyurie.	Mict. : 8 la n.; 10 à 12 le j. Résidu : 400 g.	Infect., un peu d'A.		12 fév. 1910.	Rachi- stovaini- sation	68 gr.	faite	0	2 m. apr.
Obs. 20. A. D., 67 ans.	Dysurie dep. 5 ans puis rét. incompl. av. distension.	Mict. : 5 à 6 l. n.; 10 le jour. Résid. 650 gr.	Sangl ^{tes}		22 mars 1910	Rachi- stovaini- sation		faite	0	15 ^e j.
Obs. 22. C. M. D., 70 ans.	Dep. 4 à 5 m. dys. rét. chro. inc. av. dist. polyur. abon- dante.	Mict. : t. les 1/2 h. la nuit; toutes les h. le jour.	Limpid. p. color. sans A.		19 mai 1910	Rachi- stovaini- sation	20 gr.	faite	0	†
Obs. 32. A. G., 68 ans.	Début il y a plus. années; rétent. chron. incompl. avec dis., rés. 500 g.	Se mouille j. et nuit, tout. les heures.	Pâl., tr. avec A.		6 août 1910.	générale éther	23 gr.	faite	0	17 ^e j.
Obs. 40. A. Ch., 57 ans.	Début il y a 4 ans, rétent. chron. av. un p. de distens.	3 à 4 la n.; t. les h. le j.; se sonde 3 f. p. j. Résidu : 800 g.	Ass. tr. acides. od. forte		5 janv. 1911	générale Bilroth	130 gr.	faite	0	†
Obs. 41. R., 74 a.	Début il y a 10 ans, rétent. chronique av. distension.	Se sonde 2 f. p. j. Résidu : gr.	Limpides, av. A.	orchi- te à d.	23 fév. 1911.	générale Bilroth	40 gr.	faite à gauc.	0	26 ^e j.

III GROUPE B : RÉTENTIONS CHRONIQUES

N° D'ORDRE AGE	DÉBUT de la maladie. Accidents antérieurs	ÉTAT AVANT L'OPÉRATION			DATE de l'opération	Anes- thésie	POIDS de la prostate enlevée	Ligature des déférénts	Orchites	Fistule fermée
		MICTIONS	URINES	Acci- dents divers						
Obs. 44. D., 60 a.	Déb. en 1904 ; peu à peu, ré- tent. av. dist.	2 à 3 la n. av. inc. : t. l. 2 h. l. j. résidu : 320 à 800 gr.	troubles purul ^{es}	P. 3 m. ur. inf. purul. lavag.	25 m ^{rs} 1911.	générale	20 gr.	faite	0	15 ^e j.
Obs. 45. Père F. L., 78 a.	Début il y a 10 ans, dysur.; rét. chroniq. inc. av. légère distension.	3 à 4 mict. la n., et incont. d'ur.; rés.: 500 grammes.	modér. troubl., ni S. ni A.		4 avr. 1911.	générale		faite	0	†
Obs. 57. E. S., 62 ans.	Incont. dep. 5 à 6 ans; rét. chronique av. distension.	Tous. les 1/4 d'h. le j.; 10 à 12 fois la nuit.	Pâles, louches.		En 2t. 24 oct. 1911 : c. f. 1912 : prost.	générale éther		faite	0	17 ^e j.
Obs. 71. L. M., 59 ans.	Début il y a 2 a., rét. chron. inc. av. dist. moyenne.	Toutes les h. nuit et jour. Résid.: 600 gr.	Troubl. Gr. disq. d'A.		T ^{le} 19 m. 1912 pr.: 29 oc. 1912	rachi- stovaini- sation	17 gr.	non faite	orch. double	24 ^e j.
Obs. 78. F. P. 69 ans.	Début il y a 2 ans. Rét. inc. av. dist. et in- continence.	10 mict. la n. encore plus le jour.	Troubl. pâles, s. od.; ni S. ni A.		26 août 1910.		5 gr.	faite	0	26 ^e j.
Obs. 80. C. D., 73 ans.	Rétent. in- complète av. distension.	Cathét. rég. l. j., sonde à demeure la n.	Ass. tr.		T. 26 m pr.: 16 j ^{le} 1912		9 gr.	faite	0	14 ^e j.
Obs. 82. P. V., 63 ans.	Début il y a 2 à 3 a. Rétent. incompl. avec dist. probabl ^e récente.	5 à 6 la nuit; un peu d'inc. nocturne.	Limp., ni S. ni A		Taille 12 m ^{rs} p. 12 j ⁱⁿ 1912 pr. 27 août 1912.	rachi- stovaini- sation	19 gr.			32 ^e j.
Obs. 83. C. C., 68 ans.	Dysur. dep. 10 ans, rétent. chron. inc. av. vessie progr ^t dist., jam. eu cathéter.	2 à 6 la nuit; tout. les heu- res le jour.	Limp., ni S. ni A		5 sep. 1912.	rachino- vocaini- sation	50 gr.	non faite	0	21 ^e j.

INCOMPLÈTES AVEC DISTENSION

ACCIDENTS opératoires et post-opératoires	ETAT ACTUEL					OBSERVATIONS
	DATE du dernier examen	Résidu. Mictions	URINES	Urètre, reins, état général	Suites génitales	
Mort dans la n. du 5 au 6, presq. subitem. dyspnée progressive.	3 octobre 1912.	Mictions 1 à 2 la nuit ; Rés. 20 gr.	Louches, pas d'A.	Etat géné- ral excell.		
	sept. 1912	Mict. 1 la n. tout. les 3 à 4 h. le jour. résidu nul.		Etat géné- ral excell.		
	16 janvier 1913.	Mict. 6 le j. 3 la n. Rés. nul.	Troubles par phos- phates.	Etat géné- ral tr. bon.	Coût fréquent sens. amoin- drie.	
	29 sept.	Résidu nul.	Presque limpides.			Mort d'une artérite de la jambe gauche 2 ans ap. l'opération.
	13 mars 1913.	Mict. 1 la n. normales le jour.	Un peu troubles.	Etat géné- ral excell.	Amoindrie.	
1 ^{re} déchirure du périt. à la taille du 8 juin 1912; 2 ^e au cours prostat. mèches périt.	6 mars 1913.	Mict. 5 à 6 le j., 4 la n. Résidu 3 gr.	Limpides ni S. ni A.	Etat géné- ral bon.	Sens génési- que aboli.	
	1 ^{er} octob. 1912.	Mict. 4 à 5 la n., 5 à 6 le j. Rés. 10 g.	Lég. dis- que d'A.			Mort de bronchite janv. 1913 avait bon état urinaire.

CHAPITRE II

Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques.

Nous allons d'abord étudier brièvement l'ensemble des prostates enlevées par la méthode de Freyer au point de vue macroscopique. Puis nous étudierons leur constitution histologique.

I. ETUDE ANATOMIQUE DES PROSTATES. — Le poids et le volume en sont fort variables. Qu'il nous suffise de dire que les deux plus petites pesaient 5 gr., et la plus grosse atteignait le chiffre énorme de 290 gr.! Voici leurs poids résumés. Il suffira de se reporter aux tableaux pour voir le poids de chacune d'elles.

Prostates au-dessous de 10 gr.	6
» de 10 à 20 gr.	10
» de 20 à 30 gr.	12
» de 30 à 40 gr.	9
» de 40 à 50 gr.	7
» de 50 à 70 gr.	14
» de 70 à 100 gr.	9
» de 100 à 200 gr.	10
» au-dessus de 200 gr.	3

Ainsi qu'on peut le voir en jetant un coup d'œil sur ce tableau, 13 prostates enlevées étaient au-dessous de la dimension des prostates normales. Comment une

prostate plus petite que le volume ordinaire peut-elle occasionner des troubles urinaires? Comment arrive-t-elle à produire chez un malade des phénomènes de rétention complète? Nous en avons trouvé une explication, que nous citerons textuellement, dans les conférences du D^r Freyer : « Feu sir Henry Thompson avait constaté par l'examen de 200 prostates, disséquées par lui-même, ou par le D^r Messer, chirurgien de marine à Greenwich, et considérées comme étant normales, que le poids moyen est d'environ 16 grammes. Mais cela comprenait la gaine formée par le fascia recto-vésical lequel est laissé en place après l'opération. Le poids moyen de la prostate renfermée dans sa capsule vraie, sans la gaine, qui est enlevée par l'énucléation, est bien inférieur à cela. Maintenant, il faut dire que certaines prostates mentionnées pesaient seulement 8 et 12 grammes, tandis que pour d'autres, il s'agissait de 24 et 28 gr. Si la prostate, y compris la gaine, pèse 8 gr., son poids, à l'exclusion de celle-ci, sera seulement de 6 gr., et si elle est hypertrophiée de façon à peser 30 gr., elle a grossi proportionnellement et peut occasionner de graves symptômes, comme ce serait le cas pour une prostate normale de 24 gr., laquelle serait arrivée à 90 et 120 gr. et peut-être aussi facilement énucléable.

L'obstruction due à une prostate hypertrophiée n'est pas toujours proportionnelle à son volume. Cela dépend davantage de ce qu'elle éprouve, par la compression de la gaine du fascia recto-vésical, de l'extension, et de la conformation de l'excroissance dans la vessie. Il se peut qu'une prostate, pesant seulement quelques grammes, placée presque entièrement en dehors de la vessie

et comprimée, amène une obstruction complète du jet urinaire. Au contraire, une prostate très volumineuse, ayant considérablement augmenté en poids, n'amène que peu de troubles pendant plusieurs années, parce que la gaine enveloppante est lâche, élastique, cédant facilement, ou que dans le cours de son développement, l'organe s'échappe de sa position normale et devienne en grande partie intra-vésical étant délivré ainsi de l'étreinte encerciante de sa gaine. Les prostates déplacées ainsi dans la vessie ne fournissent pas de signes d'hypertrophie au doigt placé dans le rectum, mais sont habituellement manifestées par l'examen bimanuel et par le cystoscope. » Nous avons cru qu'il serait intéressant de placer ici ce passage de Freyer qui explique ce fait troublant d'accidents urinaires avec prostates plus petites que normalement.

Chez nos malades à toute petite prostate, on avait quand même un cas de distension assez ancien, et les autres cas étaient des rétentions chroniques incomplètes. Les deux petites prostates de 5 gr. avaient amené des troubles aussi marqués que nos grosses prostates dépassant 200 gr. (1).

On peut diviser nos prostates enlevées en :

1° *Prostates chez lesquelles l'hypertrophie était généralisée.* — Ces prostates étaient, en général, constituées par les 2 lobes latéraux, séparés par un sillon médian. Quelquefois, les 2 lobes étaient d'égale dimension. Quelquefois, l'un prédominait d'une façon plus ou

(1) Lire dans le *Journal d'Urologie* de 1912 un article du Professeur Marion « Les prostatiques sans prostate ».

moins considérable sur l'autre. Quelquefois, l'un avait une forme arrondie, l'autre une forme quadrangulaire. Souvent, ainsi que le fait remarquer Albarran, la prostate ainsi hypertrophiée a la forme d'une poire à petite extrémité dirigée vers la vessie.

2° *Prostates qui, en plus des lobes latéraux, présentaient un lobe médian.* — Tantôt, ce lobe médian était appendu à l'un des lobes, tantôt il lui formait une sorte de continuation. Souvent, ce lobe médian plongeait dans la vessie formant une excroissance « en forme de croupion ». Il n'y a pas, en réalité, de lobe médian prostatique, il y a hypertrophie des glandes sous-cervicales. Nous en avons un certain nombre d'observations : la moitié des cas environ (1).

3° *Prostates constituées par la seule hypertrophie du lobe médian.* — Ici, on n'est pas, à proprement parler, en face d'une vraie hypertrophie prostatique, mais en face d'une hypertrophie des glandes sous-cervicales qui peuvent former, autour du col de la vessie, un bourrelet, ou une barre, ou plonger dans la vessie sous forme de néoformation pédiculée. Nous en avons eu quelques cas dans nos interventions.

Nos prostates enlevées ont été, toutes, de consistance très variable. Les unes, très fermes et dures, les autres molles. Dans certains cas, nous avons eu un lobe droit fibromateux et un lobe gauche très mou. La plupart avaient une consistance nettement lobulée et étaient composées en somme de petits fibromes tassés les uns

(1) Albarran n'admet pas l'existence du lobe médian.

contre les autres et concentriques. On se rend compte que le doigt, qui pénétrerait trop profondément dans la prostate, risquerait d'énucléer un de ces noyaux et de laisser une grande partie de l'organe hypertrophié. Cela est arrivé plusieurs fois au Dr Rafin qui est allé immédiatement rechercher le reste de la glande.

Dans un grand nombre de prostates, nous avons vu s'écouler un suc blanc laiteux qui n'était autre que du liquide prostatique.

Nous sommes tout à fait de l'avis du Dr Fayssse au sujet de la décapsulisation plus ou moins facile de la prostate. Nous avons eu, en effet, des hémorragies sérieuses dans des cas de décortication aisée, et de simples suintements après un décollement très difficile. Il ne nous semble pas qu'il y ait ici un rapport à chercher.

II. ETUDE HISTOLOGIQUE DES PROSTATES. — La plupart de nos prostates enlevées ont été examinées au point de vue histologique. Dans la publication du compte rendu relatif à chaque prostate, on trouvera quelques lacunes, surtout pour les derniers examens qui n'ont pu encore être faits; néanmoins, j'ai cru qu'il était intéressant de rapporter les notes histologiques que nous avons, de voir dans combien de cas nous avons à craindre une dégénérescence néoplasique, et quelle est la structure prédominante au point de vue de l'anatomie générale des prostates enlevées.

M. le Dr Fa"sse, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Joseph, a bien voulu nous fournir les examens histologiques publiés ci-après.

EXAMENS HISTOLOGIQUES

Obs. I. — Il existe un épaississement très marqué de la capsule avec infiltration inflammatoire importante et nombreux vaisseaux. Au-dessous, ce qui est caractéristique, c'est la prolifération intense de l'élément glandulaire. Les glandes sont très nombreuses, très bien limitées, à parois intactes, tapissées d'une ou deux rangées de cellules cylindriques. Le stroma interglandulaire est assez épais, mais ce qui y domine, ce sont les fibres musculaires. En somme, c'est un adénome ou plutôt un adéno-myome.

Obs. II. — L'hypertrophie porte sur l'élément glandulaire et sur l'élément conjonctif. Glandes très nombreuses, de dimensions variées, à parois bien nettes, bien limitées, tapissées d'une ou deux assises de cellules cylindro-cubiques. Stroma interacineux très épais, en somme adéno-fibrome.

Obs. III. — Adénome : cavités glandulaires très nombreuses, sans particularités spéciales.

Obs. IV. — Adéno-fibrome.

Obs. V. — Adénome.

Obs. VI. — Hyperplasie portant sur l'élément épithélial, et surtout sur l'élément musculaire : donc adéno-myome. Glandes nombreuses et faisceaux musculaires abondants et épais. A noter une infiltration inflammatoire importante.

Obs. VII. — Adéno-fibro-myome.

Obs. VIII. — Adéno-fibrome.

Obs. IX. — Adéno-fibrome.

Obs. X. — Adéno-fibrome.

Obs. XI. — Il semble qu'il s'agisse d'un fibro-adénome.

Obs. XII. — L'hyperplasie porte sur l'élément glandulaire et sur le tissu conjonctif. Fibres musculaires assez rares. Importante infiltration inflammatoire. C'est un adéno-fibrome.

Obs. XIII. — Il s'agit d'un adéno-fibrome avec prédominance de l'élément fibreux.

Obs. XIV. — Prolifération intense de l'élément glandulaire formant des cavités nombreuses à parois bien limitées, avec une ou deux rangées de cellules cylindro-cubiques. En certains points, hyperplasie considérable de l'élément fibreux. Quelques fibres musculaires, en somme : adéno-fibrome.

Obs. XV. — Fibrome typique. On ne trouve, en effet, que de larges bandes de tissu conjonctif. L'élément glandulaire n'est représenté que par quelques éléments cellulaires atrophiés disposés çà et là.

Obs. XVI. — Les 3 éléments constitutifs de la glande sont en hyperplasie, ce qui donne l'impression d'un adéno-fibro-myome. Mais il y aurait peut-être quelques réserves à faire en faveur d'une tranformation maligne.

Obs. XVII. — L'hyperplasie porte surtout sur l'élément fibreux qui occupe la plus grande partie de la coupe. En un point, on trouve encore quelques glandes assez bien limitées, mais ne donnant pas l'impression de transformation épithéliomateuse. Çà et là, quelques cellules inflammatoires.

Obs. XVIII. — Adénome typique.

Obs. XIX. — Fibrome.

Obs. XX. — Adénome.

Obs. XXI. — L'hyperplasie porte uniquement sur l'élément conjonctif. Celui-ci se présente sous la forme d'un feutrage très épais formé de bandes fibreuses disposées en tous sens. On a ainsi l'aspect d'un fibrome. A la périphérie, on trouve une capsule très épaissie. Çà et là persistent quelques vestiges glandulaires très importants. Il existe enfin de véritables îlots inflammatoires.

Obs. XXII. — Tumeur maligne de la prostate.

Obs. XXIII. — Adéno-fibrome typique.

Obs. XXIV. — Hypertrophie mixte.

Obs. XXV. — A un premier examen, on dirait qu'il s'agit simplement d'un adénome, ou d'un fibro-adénome. Mais on émet des réserves sur la nature de cette hypertrophie ; en un point,

en effet, qu'on retrouve, du reste, sur toutes les coupes examinées, on constate que les glandes ont un aspect tourmenté irrégulier ; leur épithélium a proliféré au point de remplir toute la lumière de l'acinus, et dans le stroma, il existe une infiltration importante de cellules épithéliales. Il s'agit probablement d'un adénome en voie de transformation épithéliale.

Obs. XXVI. — On distingue sur les coupes de cette prostate deux zones bien distinctes : 1^o une zone périphérique constituée par de larges bandes de tissu fibreux avec, ça et là, quelques vestiges glandulaires. — 2^o une zone profonde constituée uniquement par des acini glandulaires très nombreux tapissés de deux ou trois assises de cellules cylindro-cubiques. Ces éléments glandulaires sont séparés par un stroma fibreux peu épais. A noter une infiltration inflammatoire assez importante. Il s'agit en somme d'un fibro-adénome.

Obs. XXVII. — Fibro-myome, sans particularité de structure.

Obs. XXVIII. — Adéno-fibrome.

Obs. XXIX. — Hypertrophie mixte : adéno-fibro-myome avec prédominance du tissu conjonctif. Il existe une infiltration inflammatoire assez importante.

Obs. XXX. — Adéno-myome.

Obs. XXXI. — Aspect caractéristique d'adénome avec nombreux acini et stroma peu épais. Quelques réserves à faire sur la possibilité d'une dégénérescence. En un point, certaine irrégularité dans la disposition des glandes, et l'on voit des amas de cellules faire irruption dans le stroma.

Obs. XXXII. — L'hypertrophie porte sur les 3 éléments de l'organe : c'est un adéno-fibro-myome, mais avec prédominance marquée de l'élément musculaire sur l'élément glandulaire.

Obs. XXXIII. — Prolifération intense de l'élément glandulaire ; acini très nombreux, séparés les uns des autres par un stroma fibro conjonctif peu épais, mais il ne semble pas que cet adénome évolue vers la malignité, car les cavités glandulaires restent bien limitées sans infiltration dans le tissu ambiant.

Obs. XXXIV. — Adéno-fibrome.

Obs. XXXV. — L'hyperplasie est constituée par une prolifé-

ration portant sur l'élément glandulaire et sur l'élément conjonctif, celui-ci est parsemé çà et là de fibres musculaires peu nombreuses. Nombreux vaisseaux. Quelques cellules inflammatoires. En somme : adéno-fibrome.

Obs. XXXVI. — La tumeur se présente avec tous les caractères d'un adénome : très nombreuses cavités glandulaires à parois très nettes, tapissées d'une ou plusieurs rangées de cellules cylindro-cubiques. Il existe, çà et là, une infiltration inflammatoire assez importatante.

Obs. XXXVII. — A un premier examen, il semble qu'il s'agit simplement d'un adéno-fibrome ordinaire. Mais en plusieurs points, on trouve des éléments glandulaires irréguliers, à paroi mal délimitée, et dans le stroma, on voit de nombreuses cellules épithéliales, disposées en amas ou en nappe diffuse. Aussi semble-t-il qu'il est nécessaire de faire des réserves sur la transformation épithéliomateuse de cet adénome.

Obs. XXXVIII. — Adéno-fibrome.

Obs. XXXIX. — L'hyperplasie porte surtout sur l'élément glandulaire. Les cul-de-sac sont très nombreux avec une ou deux assises de cellules cylindro-cubiques. Mais leur paroi intacte, l'absence de prolifération cellulaire dans le stroma permet de dire qu'il ne s'agit que d'un adénome simple. Le stroma conjonctif, peu épais entre les acini, devient, par places, plus large, et on y trouve quelques fibres musculaires lisses. A noter aussi une infiltration de cellules inflammatoires formant, en certains points, de véritables îlots inflammatoires.

Obs. XL. — Il y a 2 zones bien distinctes dans les préparations : une 1^{re} zone est constituée par du tissu conjonctif épais avec quelques vestiges glandulaires. Une 2^e zone plus profonde apparaît avec les caractères de l'adénome : acini nombreux, revêtement cylindro-cubique, etc. Mais, ce qui est caractéristique, c'est la formation, en certains points, de cavités volumineuses tapissées par une assise de cellules cylindro-cubiques. Il s'agit de véritables formations *kystiques* séparées les unes des autres par un stroma extrêmement mince, comme on en

voit dans les adénomes du sein. Il faut noter aussi la présence dans les lumières glandulaires de nombreux corps amylacés.

Obs. XLI. — C'est un adéno-fibrome de la prostate, avec prédominance, en certains points, de l'élément fibreux, sans autre particularité spéciale.

Obs. XLII. — L'hyperplasie porte sur l'élément glandulaire et sur l'élément conjonctif. C'est le type de l'adéno-fibrome. A noter : la présence dans les culs-de-sac glandulaires de très nombreuses petites masses arrondies et réfringentes.

Obs. XLIII. — L'hyperplasie porte sur l'élément glandulaire ; on a l'aspect habituel des adénomes simples avec leurs nombreux acini bien nets, à paroi intacte et bien limitée. Mais 2 choses sont à remarquer sur ces coupes : d'abord la prédominance, dans le stroma interglandulaire, des fibres musculaires ; et, en second lieu, la formation, en certains points, de véritables cavités kystiques à épithélium cylindro-cubique. Aussi peut-on dire qu'il s'agit d'un adénome de la prostate à tendance kystique.

Obs. XLIV. — Adénome.

Obs. XLV. — Il y a, sur les préparations, 2 régions bien distinctes : une zone périphérique correspondant probablement à la capsule et formée de tissu conjonctif très épais, avec çà et là, quelques lobules glandulaires plus ou moins atrophies. Une zone centrale est constituée uniquement par l'élément glandulaire. Celui-ci n'est pas très abondant ; il forme d'élégantes figures. Les acini, limités et séparés par un stroma fibro-musculaire peu épais, sont tapissés de 2 ou 3 assises de cellules cylindro-cubiques. Dans la lumière glandulaire, on trouve quelques corps amylacés. En somme, c'est un adéno-fibrome.

Obs. XLVI. — Adéno-fibrome.

Obs. XLVII. — Adéno-fibrome.

Obs. XLVIII. — Une portion de la prostate rappelle l'hyperthrophie glandulaire habituelle, avec les nombreuses glandes dont la cavité contient des corps amylacés particulièrement nombreux. Mais à un autre point de la préparation, l'aspect

change : les glandes deviennent irrégulières, mal limitées ; les cellules épithéliales essaient dans le tissu ambiant pour former, soit des amas pleins, soit des ébauches d'orientation glandulaire. C'est un épithélioma-métatypique.

Obs. XLIX. — La néoformation est constituée surtout par les éléments glandulaires donnant le type de l'adénome. En un point cependant, le stroma est très développé, à tendance fibreuse, avec quelques fibres musculaires. On peut dire que c'est un adéno-fibrome. A noter le grand nombre de corps amylacés dans les culs-de-sac glandulaires.

Obs. L. — L'hyperplasie porte sur la glande et sur le tissu conjonctif. C'est un fibro-adénome. Le tissu musculaire est peu important.

Obs. LI. — *1^{er} fragment* présente tous les caractères d'un adénome typique. A noter la dimension, en certains points, des cavités donnant à l'adénome l'aspect kystique. *2^e fragment* : Ici, l'élément glandulaire perd de son importance ; par contre, il y a un énorme développement du tissu conjonctif donnant à la préparation l'aspect du fibro-adénome.

Obs. LII. — Sur les coupes, prédominance marquée du tissu conjonctif qui forme une nappe épaisse entremêlée çà et là de fibres musculaires. L'élément glandulaire est réduit à quelques cavités comprimées par l'hyperplasie ambiante. C'est le type de la tumeur fibreuse avec persistance de quelques glandes.

Obs. LIII. — *1^{er} fragment* : constitué presque uniquement par du tissu musculaire épais, abondant, avec, çà et là, quelques pinceaux de tissu conjonctif. C'est un myome. *2^e fragment* : (lobe médian) : Sur ce fragment, bien que l'on retrouve les éléments constitutifs de la prostate, il y a une prédominance marquée de l'élément épithélial. Très nombreuses cavités glandulaires plus ou moins volumineuses, avec de très nombreux corps amylacés. C'est un adénome. Le lobe médian est du volume d'une grosse noix, tandis que les lobes latéraux sont à peine hypertrophiés.

Obs. LIV. — Adénome typique, sans particularités spéciales.

Obs. LV. — Sur les coupes de cette prostate, on trouve

2 aspects très différents : à la périphérie, il existe une zone épaisse formée de tissu conjonctif entremêlé de fibres musculaires. Çà et là, quelques vestiges glandulaires. C'est l'aspect du fibro-myome. Au centre, le développement de l'élément glandulaire prédomine. On constate, en effet, de très nombreuses formations glandulaires tapissées de une ou plusieurs rangées de cellules cylindro-cubiques. Parfois la paroi des glandes bourgeonne à l'intérieur pour donner un élégant bouquet divergent : Adénomé. En un point, les cavités glandulaires sont volumineuses et prennent un aspect kystique. Stroma peu épais, Aucun point n'est suspect de tuberculose.

Obs. LVI. — Adénome typique avec abondante infiltration inflammatoire. 2^e *fragment* constitué surtout par du tissu musculaire et du tissu conjonctif, quelques rares vestiges glandulaires. Donc : fibro-myome.

Obs. LVII. — L'hyperplasie porte sur les 3 éléments ; hypertrophie mixte ; adéno-fibro-myome.

Obs. LVIII. — Adéno-fibrome.

Obs. LIX. — 1^{er} *fragment* : Adéno-fibrome, sans particularité spéciale à noter. — 2^e *fragment* : lobe gauche. Ce fragment présente, dans son ensemble, le même aspect que le précédent. Cependant l'élément fibro-conjonctif paraît plus épais, plus important. Il y a de nombreux corps amylacés dans les cavités glandulaires ; enfin, en un point, ces cavités présentent un développement considérable, leur donnant l'aspect de véritables dilatations kystiques.

Obs. LX. — Adéno-fibrome.

Obs. LXI. — C'est un adéno-fibrome avec, comme particularité à noter, la présence d'amas inflammatoires assez importants.

Obs. LXII. — Hypertrophie mixte : adéno-fibro-myome.

Obs. LXIII. — Les 3 éléments constitutifs de la prostate paraissent également hyperplasiés. C'est une hypertrophie mixte : adéno-fibro-myome. Mais la présence dans le stroma de quelques amas épithéliaux oblige à faire des réserves sur la possibilité d'une transformation épithéliomateuse.

Obs. LXIV. — Il s'agit d'une hypertrophie adénomateuse. Ce qui est remarquable, c'est la dimension des cavités glandulaires donnant l'aspect d'un adénome kystique.

Obs. LXV. — Adénome.

Obs. LXVI. — Fibrome.

Obs. LXVII. — Sous une capsule fibreuse très épaissie, on trouve une prolifération glandulaire intense : très nombreuses cavités tapissées par une ou deux rangées de cellules cylindro-cubiques. Le stroma inter-acineux est peu épais. C'est l'aspect d'un adénome-typique.

Obs. LXVIII. — L'hypertrophie porte sur tous les éléments de l'organe : hypertrophie mixte, mais avec prédominance de l'élément glandulaire.

Obs. LXIX. — Adéno-fibrome.

Obs. LXXI. — Adénome typique.

Obs. LXXII. — Fibrome.

Obs. LXXIII. — Adéno-fibrome.

Obs. LXXIV. — Adéno-fibrome.

Obs. LXXV. C'est un adéno-fibro-myome, mais avec une prédominance de l'élément fibreux.

Obs. LXXVI. — Adéno-fibrome sans particularité spéciale.

Obs. LXXVII. — Il existe sur les coupes de cette prostate une prolifération intense de l'élément glandulaire. Mais cette prolifération, au lieu d'être régulière, comme dans les adénomes simples, donne ici naissance à des cavités irrégulières. Les cellules se disposent en plusieurs rangées et on les voit, en plusieurs points, former des bouquets divergents dans la lumière de l'acinus. En plusieurs points également, elles crèvent la paroi pour faire irruption dans le stroma fibreux ambiant assez épais ; là, elles se disposent, soit en amas, soit en nappe diffuse. Cet aspect tourmenté est bien caractéristique et permet de dire qu'il s'agit d'une évolution maligne : Epithélioma adénoïde.

Obs. LXXVIII. — Adéno-fibrome sans rien de particulier.

Obs. LXXIX. — Adénome typique de la prostate.

Obs. LXXXII. — Adénome.

Obs. LXXXIV. — Adéno-fibrome.

Obs. LXXXV. — Cette prostate constitue un exemple typique de l'adénome. Toute la préparation est occupée par les néoformations glandulaires. Celles-ci forment des cavités plus ou moins grandes, en général bien régulières; elles sont tapissées d'une seule rangée de cellules cylindro-cubiques. On trouve, çà et là, quelques corps amylacés. Le stroma est peu épais et contient de nombreuses fibres lisses.

Obs. LXXXVI. — Il s'agit d'une hypertrophie mixte, sans particularité spéciale, les trois éléments constitutifs de l'organe paraissant contribuer chacun pour sa part à l'hypertrophie.

Obs. LXXXVIII. — Cette hypertrophie est marquée par un développement très net des glandes et des glandules. Il existe d'assez nombreux corps amylacés dans les lumières de ces néo-formations glandulaires. Le stroma est peu épais et contient quelques fibres lisses. C'est, en somme, le type adénome.

Nous pouvons diviser nos prostates en 4 groupes :

1° *Prostates où l'élément glandulaire prédomine.* 2° *Où le stroma prédomine.* 3° *Hypertrophies mixtes.* 4° *Dégénérescences.*

1° Nous pouvons voir que, parmi les prostates dont nous possédons l'examen histologique, nous avons 20 adénomes typiques, se caractérisant par des néoformations glandulaires occupant toute la préparation, assez régulièrement disposées et formant de grandes cavités tapissées d'une seule rangée de cellules cylindro-cubiques. Le stroma est très peu épais.

Sur certains d'entre eux, nous avons pu observer une dimension telle des cavités glandulaires que l'on peut dire s'être trouvé en présence de véritables tumeurs kystiques.

2° *Prostates où le stroma prédomine.* — Nous en avons 6 qui sont de véritables fibromes où les faisceaux conjonctifs sont très nombreux et très épais. Les glandes rares, comme étouffées par le tissu conjonctif hyperplasie. A noter que les faisceaux conjonctifs ont ici une forme concentrique autour d'un vaisseau rappelant, par leur disposition, l'aspect d'un fibrome utérin ou d'une tumeur bénigne du sein, ainsi que le faisait remarquer Albarran.

3° Les *hypertrophies mixtes* consistent en adéno-fibromes, en adéno-myomes, et en adéno-fibro-myomes. Leur nom indique quels sont les éléments qui prédominent dans ces cas. Nous en avons ainsi :

Adéno-fibromes : 30.

Adéno-myomes : 4.

Adéno-fibro-myomes : 10.

Enfin, sur certaines prostates, deux coupes extraites à deux endroits différents ont montré également une structure différente. Ainsi, dans 4 cas, un 1^{er} fragment prélevé sur le lobe médian, nous montrait un adénome, et un 2^e fragment, pris sur un point opposé de la prostate montrait une hypertrophie conjonctive.

4° *Dégénérescences.* — Nous diviserons ce paragraphe en 2 parties : a) prostates ayant une tendance à la dégénérescence; b) prostates nettement dégénérées.

a) Elles sont au nombre de 4 : observations 16, 25, 37, 63. Quelles ont été les suites de ces malades ?

Obs. XVI. — A l'examen clinique : léger soupçon sur une néoplasie possible confirmée par l'histologie. Ce

malade est d'ailleurs en excellente santé 2 ans après l'opération.

Obs. XXV. — Déjà, à l'examen clinique, cette prostate avait inspiré au Dr Rafin des soupçons que l'examen histologique est venu confirmer. Néanmoins, ce malade, revu 2 ans après son opération, et auquel on a fait un toucher rectal, ne présente aucun signe de dégénérescence prostatique.

Obs. XXXVII. — Ici, l'examen clinique avait conclu : prostate grosse comme une châtaigne, saillante, non bouclée, non dégénérée. Au contraire, l'examen histologique émet quelques réserves sur une évolution maligne possible. Deux ans après, le malade écrit se porter très bien.

Obs. LXIII. — Malgré 2 petits noyaux perceptibles au toucher rectal, l'examen clinique conclut à une prostate non dégénérée. Au contraire, l'examen histologique fait songer à une transformation épithéliomateuse. Ce malade est opéré seulement depuis 6 mois. Le toucher rectal nous a montré au dernier examen, 2 bosselures sur le lobe gauche. Aucun autre signe alarmant.

b) Les malades chez lesquels l'examen histologique a été très affirmatif, au point de vue néoplasique, sont au nombre de 3. Observations 22, 48, 77.

Obs. XXII. — Alors que l'examen clinique n'avait rien trouvé d'inquiétant, l'examen histologique conclut à une dégénérescence de la prostate.

Le malade est mort 2 jours après l'opération.

Obs. XLVIII. — Avant l'intervention, on avait fortement discuté l'hypothèse de dégénérescence, à cause de la

dureté de la prostate. L'examen histologique a trouvé un épithélioma métatypique. Néanmoins, ce malade va bien un an après l'opération. Il a pu subir une lithotritie et une néphrotomie lombaire pour calcul. Le dernier examen clinique montre seulement un lobe gauche un peu induré. Rien ne permet d'affirmer nettement la récurrence.

Obs. LXXVII. — L'examen clinique avait soupçonné la dégénérescence à cause d'un noyau induré sur le bord supérieur du lobe droit : l'examen histologique a décelé un épithélioma adénoïde.

Il faut encore citer le malade de l'observation 9. L'examen clinique et l'examen histologique étaient d'accord pour diagnostiquer une tumeur bénigne de la prostate et le malade, 3 ans après son opération, est mort d'un cancer du bas-fond vésical provenant probablement d'une dégénérescence de la loge prostatique.

En somme, on voit que l'examen clinique donne rarement des résultats bien nets au sujet de la nature de l'hypertrophie prostatique.

CHAPITRE III

Résultats opératoires de la prostatectomie hypogastrique.

Nous aurons à envisager dans ce chapitre les résultats opératoires et les complications immédiates de la prostatectomie sus-pubienne; et, tour à tour, nous verrons quelle est notre mortalité globale, quels groupes de prostatiques ont été davantage éprouvés, quels sont les principaux accidents opératoires qui se sont présentés au cours des prostatectomies ci-dessus exposées et, enfin, quels sont les accidents post-opératoires les plus à redouter et à essayer d'éviter. Dans le 1^{er} paragraphe, nous étudierons la mortalité opératoire de la prostatectomie car, dans toute opération, il semble logique d'envisager d'abord les résultats et les dangers immédiats.

I. MORTALITÉ OPÉRATOIRE. — Si nous envisageons la mortalité en bloc par les 2 chirurgiens, nous avons 12 morts sur 94 opérations, ce qui fait une mortalité globale de 12, 76 %. Le D^r Rafin a eu 9 morts sur ses 74 prostatectomies, c'est-à-dire 12,16 et le D^r Giuliani 3 morts sur 20 prostatectomies, ou juste 15 % de mortalité, c'est-à-dire à peu près le même pourcentage,

En consultant la thèse du D^r Salinier sur la mortalité comparée de la prostatectomie périnéale et de la prostatectomie hypogastrique, on voit que, Freyer mis à part, la mortalité des autres chirurgiens est, en moyen-

ne de 17 à 16,4 ‰. Cette mortalité, d'ailleurs, est encore plus forte que la mortalité de la prostatectomie par la voie périnéale qui, dans les thèses de Fayssé et de Piollenc, était de 8 ‰ pour les 50 premières prostatectomies périnéales du Dr Rafin. Pour les 25 autres, la mortalité s'était un peu élevée et atteignait le même chiffre que pour les hypogastriques (1).

Nous allons jeter un rapide coup d'œil sur ces 12 décès et résumer, en quelques mots, les circonstances dans lesquelles ils se sont produits.

1° Décès appartenant au groupe des rétentions récentes avec symptômes dysuriques antérieurs.

Obs. III. — Malade âgé de 69 ans ayant des urines légèrement infectées. Peu de jours après son opération, il fait de l'hyperthermie avec grandes oscillations qui nécessitent une périnéotomie de drainage au cours de laquelle furent enlevés une importante quantité de débris phosphatiques siégeant dans la loge prostatique et la vessie. Il est probable que cette intervention pratiquée plus hâtivement aurait pu sauver le malade atteint de pneumonie et emmené, par sa famille, par un froid intense. Il meurt quelques jours après. On peut

(1) Voici les statistiques des principaux opérateurs : FREYER : en 1904, 110 prostatect., mortalité 10 ‰. En 1907, 432, m. 6,7 ‰. En 1911, 644, m. 6,5 ‰. En 1912, 1000, m. 4 1/2 ‰.

ALBARRAN : 49, 16 ‰ — POUSSON : 22,70 ‰.

SOUMEAU : 130, 10 ‰.

MARIACHEN : 60, 22,37 ‰.

PAUCHET : 207, 9 ‰.

MARION : 113, 12,4 ‰.

ROCHET : 85, 8,23 ‰.

JABOULAY : 8, 12,5 ‰.

se demander si ce décès, le plus regrettable de toute notre série, n'est pas attribuable à quelque inexpérience dans les soins qui furent donnés : insuffisance des lavages, notamment.

Obs. VIII. — Malade âgé de 72 ans, opéré sous anesthésie générale. Deux jours après son opération, il prend une bronchite grave se compliquant de myocardite. Il meurt très rapidement, emporté par sa complication pulmonaire. Remarquons que, l'hiver précédent, il avait eu une grave affection pulmonaire. Il était donc prédisposé à pareille complication post-opératoire.

Obs. LXXXVI. — Malade de 63 ans, présentant des urines un peu troubles. Il est mort brusquement par embolie le 11^e jour.

Obs. XC. — Malade, 78 ans, ayant assez bien supporté l'opération. Sa plaie était presque fermée quand, plus d'un mois après, il est emporté par une pneumonie.

Ces quatre malades appartenaient au 1^{er} groupe : prostatiques ayant présenté une crise de rétention récente avec symptômes dysuriques antérieurs. Ce 1^{er} groupe comprenant 33 prostatectomies, on a une mortalité opératoire de 12,2 %.

2^e Décès appartenant au groupe des rétentions chroniques complètes.

Parmi les observations appartenant au 2^e groupe, il n'y a qu'une seule mort.

Obs. LXXVI. — Malade de 74 ans, présentant une urine trouble, infectée. Il prit un rhumatisme infectieux post-opératoire : arthrite purulente du cou-de-pied droit nécessitant l'arthrotomie. Il est mort deux mois

après. L'état urinaire était assez satisfaisant, et la plaie était réduite à une simple fistule.

3° Décès appartenant aux rétentions chroniques incomplètes sans distension.

Obs. II. — Ce malade mourut 8 jours après sa prostatectomie avec des symptômes péritonéaux. La nécropsie révéla une petite perforation de l'estomac sur la cicatrice d'un ancien ulcère. Pas de lésions nettes de péritonite. Il s'agit donc vraisemblablement de la coïncidence fortuite de sa complication stomacale.

Obs. XXXIX. — Malade de 61 ans, atteint de calcul et de rétention, infecté, présenta rapidement des symptômes d'infection : abcès le long du cordon, abcès pelviens et fessiers. Mourut le 57^e jour dans l'hyperthermie. A l'autopsie : néphrite suppurée très nette.

Obs. LV. — Pendant 6 mois, ce malade présenta des poussées thermiques avec frissons ayant nécessité une cystostomie et une périnéotomie : drainage de la vessie, lavages, sonde Pezzer. Il finit par succomber. Urines infectées avant son opération. Il s'agit certainement d'un cas d'infection ascendante. Bien qu'il n'y eût pas de distension vésicale, la dysurie remontait à une date très éloignée. De plus, il fut opéré en quelque sorte d'urgence, sur son refus pour de nouveaux cathétérismes.

Obs. LXV. — Mort de pneumonie le 7^e jour. Anesthésie à l'éther.

Dans cette catégorie de rétentions incomplètes sans distension, mortalité de 11,42 %.

4^e Décès appartenant au groupe des rétentionnistes distendus.

Obs. XXII. — Malade âgé de 71 ans. On lui fit une rachistovainisation; resta endormi pendant toute l'opération comme pour une anesthésie générale. Dès le lendemain, il prend de la fièvre, du subdélire et meurt 4 jours après dans le coma.

Obs. XL. — Malade âgé de 57 ans; distendu avec urines infectées depuis très longtemps. Nombreux et anciens accidents liés à sa rétention. Après l'intervention, phlébite des membres inférieurs et abcès pelviens. Mort d'infection 5 mois après l'opération.

Obs. XLV. — Mort très rapidement 2 jours après l'opération. Peut-être embolie? Il présenta une dyspnée progressive.

Dans les distendus prostatectomisés, mortalité de 3 sur 17 opérés : 17,64 %.

Nous avons donc, en récapitulant la mortalité dans chaque groupe :

Rétentions récentes avec symptômes dysuriques antérieurs :

Opérés : 33; morts : 4; mortalité : 12,12 %.

Dans une précédente statistique de prostatectomies périnéales, le Dr Rafin avait eu 0 % de mortalité. Il faut, d'ailleurs, dire que cette statistique ne portait que sur 14 malades.

Rétentions chroniques complètes.

Opérés : 9; mort : 1; mortalité 11 %.

Le malade mort dans cette catégorie était un opéré

du Dr Giuliani. Il mourut, deux mois après son opération, d'un rhumatisme infectieux post-opératoire.

A noter que tous les opérés étaient soumis à la sonde et plus ou moins infectés depuis de longues années. Ce qui explique, semble-t-il, la faible mortalité de ce groupe (le Dr Rafin, en effet, a 8 guérisons sur 8 malades, et, pour le Dr Giuliani, on ne peut établir une statistique sur un cas malheureux), c'est le traitement préalable auquel ces malades ont été soumis pendant de longues semaines : la vessie distendue a été soumise à une évacuation lente et progressive, et de fréquents lavages ont amélioré l'état des urines.

Rétentions chroniques incomplètes.

a) Non distendus : opérés : 35 ; morts : 4 ; mortalité : 11,42 %.

b) Distendus : opérés : 17 ; morts : 3 ; mortalité : 17,64 %.

C'est dans cette catégorie des distendus que la mortalité s'élève à son maximum. En effet, c'est là que l'on trouve des urinaires ayant un mauvais état général, des phénomènes d'intoxication, des troubles digestifs résultant d'une vessie forcée, depuis longtemps, parfois et infectée la plupart du temps. C'est dans cette catégorie également que les cathétérismes évacuateurs et les lavage préalables auront la plus grande importance, ou la prostatectomie en deux temps.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur la mortalité suivant l'âge des prostatectomisés.

Nous diviserons les prostatectomisés en 3 groupes d'après leur âge :

Opérés de 59 à 60 ans :

12 opérés, 2 décès, soit 16,66 ‰.

Opérés de 61 à 70 ans :

57 opérés, 6 décès, soit 10,52 ‰.

Opérés de 71 à 80 ans :

19 opérés, 4 décès, soit 21,05 ‰.

Ainsi qu'on peut le constater dans cette statistique, la mortalité a été plus forte parmi les prostatectomisés avant 60 ans et après 70 ans. Peut-être dans le 1^{er} groupe, cette différence est-elle due à ce que la statistique porte sur un petit nombre de cas. Dans le 3^e groupe, cette mortalité n'a rien qui puisse nous étonner, car il s'agit en somme de vieillards d'un âge avancé et à la merci, semble-t-il, de la première complication, soit locale, soit pulmonaire.

Nous citerons, à titre de comparaison, la statistique du D^r Rafin portant sur ses précédentes prostatectomies périnéales :

Opérés de 59 à 60 ans :

9 opérés, 2 décès, soit 22,2 ‰.

Opérés de 61 à 70 ans :

30 opérés, 2 décès, soit 6,6 ‰.

Opérés de 71 à 80 ans :

20 opérés, 2 décès, soit 10 ‰.

Nous sommes maintenant en droit de nous demander quel était l'état de l'urine avant l'opération, chez ces 12 prostatectomisés qui ont succombé, soit à des accidents pulmonaires, soit à des accidents infectieux ?

Dans 5 cas, les urines étaient modérément troubles, avec ou sans albumine.

Dans 4 cas, elles étaient nettement infectées avec un gros disque d'albumine.

Dans 3 cas, elles étaient claires, limpides, sans S. ni A.

Et maintenant, si nous récapitulons les causes de nos décès, nous avons :

Malades morts d'accidents pulmonaires nets (pneumonie, bronchite) : 4 ; ce qui fait, sur l'ensemble des prostatectomisés, une mortalité de 4, 44 %, et, sur la totalité des décès, une proportion de 4 sur 12.

Malades morts d'embolie assez rapidement après l'opération : 2 ; un, au 11^e jour confirmée par l'autopsie ; un autre, au 2^e jour, mais dont la vérification n'a pu être faite, et reste douteuse.

Malades morts de shock opératoire : 1 mort le surlendemain d'une rachistovainisation, dans le coma. Nous reviendrons, sur ce cas, dans un chapitre spécial que nous consacrerons à l'anesthésie chez nos prostatectomisés.

Enfin : malades morts avec des accidents infectieux, soit locaux, soit à distance : 5 (Obs. 3, 39, 40, 55, 76) ; sur ces 5 décès, 3 semblent avoir été causés par une infection locale. Deux de ces malades avaient présenté, avant l'opération, des urines très troubles et très infectées (obs. 3 et 39). Chez 2 de ces malades (obs. 39 et 55), il y eut probablement infection ascendante et pyélonéphrite. Le rein fut trouvé farci d'abcès chez le malade de l'observation 39.

En résumé, voici les causes de mort à chaque décès :

1. — Obs. 2 : Ulcère de l'estomac ?
2. — Obs. 3 : Infection assez marquée, puis pneumonie.

3. — Ob. 8 : Bronchite grave. Myocardite.

4. — Obs. 22 : Choc opératoire (rachistovaïnisation).
Distendu opéré d'emblée.

5. — Obs. 39 : Infection pelvienne : Néphrite suppurée.

6. — Obs. 40 : Infection; abcès pelviens.

7. — Obs. 45 : Embolie?

8. — Obs. 55 : Infection. Pyélo-néphrite ascendante ?

9. — Obs. 65 : Pneumonie.

10. — Obs. 76 : Rhumatisme infectieux. Arthrite purulente du cou-de-pied.

11. — Obs. 86 : Embolie.

12. — Obs. 90 : Pneumonie.

Si l'on compare ces causes avec celles énumérées dans un précédent article, par le D^r Rafin. sur ses 10 décès de prostatectomisés périnéaux, on voit que, dans celles-ci, l'infection a joué un aussi grand rôle que pour les prostatectomies hypogastriques. Nous avons, en effet, au total, 5 morts infectés sur 12 pour la sus-pubienne; 6 morts infectés sur 10 pour la périnéale.

Ce qui assombrit notre statistique, ce sont les accidents pulmonaires et cardiaques. Alors que le D^r Rafin, dans la 1^{re} série de ses opérés, n'avait que 3 morts par le cœur ou le poumon, dans la seconde série, il y a eu à déplorer 6 accidents cardio-pulmonaires, et 1 mort par shock.

Nous étudierons, plus loin, les causes possibles de ces accidents pulmonaires, et nous verrons s'ils peuvent être imputables à l'anesthésie, mais d'ores et déjà, il nous semble que, si la prostatectomie hypogastrique

n'expose pas plus aux accidents infectieux que la prostatectomie périnéale, dans une certaine mesure celle-là a bénéficié de celle-ci. En effet, plus une opération est divulguée, meilleures sont les conditions dans lesquelles elle est pratiquée pour les malades. Et ainsi, les prostatectomisés hypogastriques du Dr Rafin ont bénéficié de l'expérience qu'il avait acquise par ses prostatectomisés périnéaux.

Les principales causes de nos décès étant ainsi exposées, nous passerons à l'étude des accidents opératoires principaux qui se sont rencontrés au cours des 90 prostatectomies ci-dessus exposées.

II. ACCIDENTS OPÉRATOIRES. — Dans ce paragraphe, nous étudierons les accidents immédiats que le chirurgien est exposé à rencontrer au cours d'une prostatectomie sus-pubienne. Nous n'envisagerons pas tous les incidents possibles qui peuvent se produire au cours de cette opération, et nous renvoyons, pour cette étude, aux traités de chirurgie des organes génito-urinaires. Nous ne nous occuperons que de ceux qui ont pu inquiéter nos maîtres au cours des 90 prostatectomies sus-pubiennes pratiquées par eux.

Ces accidents opératoires ont été très minimes quant à leurs suites, et l'on peut dire qu'aucun d'eux n'a entraîné la mort du patient. Nous allons les exposer rapidement.

Déchirure du péritoine. — MM. Rafin et Giuliani l'ont observée 3 fois dans 2 prostatectomies. Nous allons nous reporter à ces 2 observations et voir dans quelles

conditions cette complication opératoire s'est produite.

Obs. LVII. — Engène S., 62 ans. Rétention chronique avec distension et incontinence : polyurie, urines limpides non infectées. Ce malade subit la cystostomie sus-pubienne sans incident le 24 octobre 1911 ; puis, son état général qui laissait beaucoup à désirer à l'entrée, s'étant progressivement amélioré, le Dr Rafin pratiqua la prostatectomie le 17 février 1912 : anesthésie à l'éther sans incident. Prostate enlevée facilement, mais, au moment de la mise en place du tube de Freyer, le péritoine est ouvert sur 2 à 3 cm., et une anse intestinale fait saillie par la plaie. Après avoir placé une mèche dans le péritoine, on le suture, à sa partie inférieure, sur 2 cm. de long, puis, pour empêcher le liquide vésical de venir en contact avec la séreuse, on place, au niveau de la section de celle-ci, un pansement fortement collodionné. Il faut ajouter que la brèche péritonéale s'est faite alors que la vessie avait été bien lavée avec une solution nitratée à 0,25 ‰. Dans son lit, le malade est couché tête haute afin que l'urine n'ait pas tendance à souiller la plaie péritonéale.

Les suites furent très simples, et jamais le malade n'inspira d'inquiétudes sérieuses à l'opérateur. L'état général fut toujours bon et la température, qui avait monté à 39° le soir de l'opération, est retombée à la normale vers le 4^e jour. Douze jours après l'opération, on a enlevé les mèches péritonéales, et on a placé sur l'orifice un pansement au dyachylon.

D'ailleurs, il faut remarquer que le malade était, en somme, dans de bonnes conditions pour supporter cet accident : ses urines étaient peu infectées et, avant l'opé-

ration, on avait eu l'excellente précaution de pratiquer un lavage vésical nitraté. Cette ouverture du péritoine n'a donc été en somme qu'un incident un peu inquiétant sans avoir eu aucune suite fâcheuse pour le malade.

Dans la seconde observation : obs. 82, le malade a eu 2 fois une déchirure de son péritoine. Voici le cas : Pierre V. 63 ans, entre à l'hôpital avec rétention incomplète et distension probablement récente. Ses urines ne sont pas infectées : limpides.

Le Dr Giuliani pratique la cystostomie sus-pubienne sans incident le 12 mars, puis l'état du malade s'étant amélioré, il décide de faire la prostatectomie le 8 juin 1912. Rachicocaïnisation sans incident. En raison de la fistule hypogastrique, la vessie ne peut arriver à être remplie. En tâtonnant avec le doigt, on finit par retrouver l'ancien orifice; malheureusement, en voulant l'élargir, on finit par déchirer le péritoine, ce qui fait abandonner la prostatectomie. Dans la fente péritonéale, on place une mèche. Une sonde béquille 18 est mise à demeure. Avant l'intervention, la vessie avait été lavée avec une solution au nitrate à 1 ‰.

Les suites de ce premier accident furent simples. Le malade eut peu de fièvre pendant quelques jours.

Le 27 août de la même année, le Dr Giuliani résolut de finir la prostatectomie : Anesthésie au chloroforme sans incident. Incision petite en T, on introduit le doigt. Prostate décollée facilement, et facilement retirée. L'opération terminée, le doigt se perd dans une grande cavité à droite ; on croit avoir de nouveau déchiré le péritoine. Une mèche péritonéale est placée dans cette ca-

vitité qui paraît fort grande. Les anses intestinales n'ont d'ailleurs pas été vues ni perçues par le toucher digital. On collodionne fortement la mèche péritonéale. Lavage nitraté à 2 ‰. Gros drain, l'incision étant trop petite pour placer un tube de Freyer.

Le malade a très bien supporté l'opération, sans fièvre inquiétante, sans aucun symptôme péritonéal, et un mois après, la plaie hypogastrique était complètement étanche.

Dans ce 2^e cas, l'alerte, si elle a été répétée, semble avoir été moins forte que dans l'observation du D^r Rafin. A aucun moment, les anses intestinales, en saillant à la plaie, n'ont apporté en quelque sorte la signature de la déchirure péritonéale. Ainsi qu'on a pu le constater, la vessie avait été lavée avec une solution forte de nitrate d'argent (1 et 2 ‰) et les urines étaient peu infectées, ce qui réduisait au minimum les chances possibles d'infection péritonéale.

L'ouverture du péritoine, au cours de la prostatectomie, n'a donc pas occasionné de complications sérieuses dans les 2 cas que nous venons d'envisager. Néanmoins, il semble que l'on doive essayer d'éviter cet accident avec le plus grand soin, surtout dans les cas où les urines étant infectées, il pourrait entraîner de graves conséquences. Nous ferons remarquer que ces accidents se sont produits à l'occasion de prostatectomies en 2 temps. Dans ce cas, il existe de la péricystite, des adhérences de la cicatrice qui rendent la perforation du péritoine bien plus à craindre. Pour l'éviter, il serait bon, au cours de la cystostomie, de faire l'incision un peu plus haut pour se ménager plus de place en

bas. Faire l'incision transversale et apporter la plus grande attention à ce que l'orifice de la vessie et la cicatrice ne soient pas déchirées par des manœuvres de dilatation.

Ces moyens d'éviter l'ouverture du péritoine étant rapidement exposés, nous envisagerons en quelques lignes la conduite à tenir, en cas de déchirure, étant donné que la vessie est ouverte.

Albarran traite la question et conseille de suturer de suite le péritoine par un catgut double 0, de le refouler, et de continuer l'opération comme à l'ordinaire.

Une technique un peu différente a été pratiquée ici. Les D^{rs} Rafin et Giuliani ont agi tous les deux de la même façon et le dernier, par prudence, a suspendu la prostatectomie dès qu'il s'est aperçu de la déchirure. Ils ont placé des mèches péritonéales et collodionné soigneusement les bords de la plaie afin d'empêcher l'urine de souiller la brèche. Ainsi le drainage était assuré, en cas d'infection, et on se mettait à l'abri des dangers d'une inoculation, si je puis m'exprimer ainsi.

Le malade fut tenu assis dans son lit pour empêcher l'urine de la plaie hypogastrique d'aller souiller la plaie péritonéale.

Hémorragie opératoire. — Ce premier accident immédiat de la prostatectomie sus-pubienne étant envisagé, nous étudierons rapidement le 2^e danger : l'hémorragie opératoire se produisant immédiatement au cours de la prostatectomie. Hâtons-nous de dire que cette complication, pas plus que la précédente, n'a entraîné la mort d'aucun des opérés et qu'elle a, tout au plus, prolongé certaines interventions.

Certes, c'est un spectacle assez pénible, pour le chirurgien et ses aides, de voir, une fois le Freyer mis en place, le niveau sanguin s'élever progressivement le long du tube, déborder et inonder d'un flot rouge, tout le champ opératoire. Pour se rendre maître de cette hémorragie, il faut souvent pratiquer des lavages très chauds à 50 °, et parfois recourir au massage de la loge prostatique entre le doigt vésical et le doigt rectal.

Nous allons passer en revue les cas où cette hémorragie s'est montrée assez tenace.

Obs. XXIX. — A la suite d'un décollement laborieux de la prostate, hémorragie assez abondante.

Obs. XXXV. — Ablation d'une prostate de 245 gr., hémorragie assez abondante.

Obs. XLVI. — Hémorragie assez importante qui cède rapidement aux lavages.

Obs. L. — Assez forte hémorragie arrêtée par un lavage chaud.

Obs. LXIII. — Prostate énucléée assez facilement, mais malgré un lavage très chaud, hémorragie abondante qui affaiblit le malade au point de nécessiter le sérum, l'éther et la caféine. Cette hémorragie s'est reproduite dans la soirée et a cédé à un tamponnement vésical. Tamponnement serré de la loge prostatique à la gaze imbibée de Ferropyrine en raison de la gravité de l'état. Infection consécutive de la loge et du tissu cellulaire. Suppuration longue, persistante. Sphacèle. Périnéotomie. Fistule. Guérison. C'est le cas de beaucoup le plus grave.

Obs. LXIV. — Ablation d'une grosse prostate de

135 gr. suivie d'une hémorragie assez abondante qui cède à un 2^e lavage très chaud.

Obs. LXXXI. — Hémorragie abondante. On pratique un lavage nitraté. S'arrête immédiatement.

Obs. LXXXVII. — Une heure après l'opération : douleurs vives. Le tube de Freyer est bouché de caillots; la vessie est distendue par le sang. On pratique un lavage très chaud et tout rentre dans l'ordre. Le malade étant affaibli par cette perte de sang, on le remonte par l'éther, la caféine et le sérum artificiel.

Obs. LXXXVIII. — Le malade saigne un peu, on pratique un lavage à 48°. Tout s'arrête.

En somme, un seul cas (obs. 63) a présenté une gravité importante et a mis réellement les jours du malade en danger, soit immédiatement, soit ultérieurement.

Avant d'en finir avec cette question d'hémorragie opératoire immédiate, nous comparerons la prostatectomie sus-pubienne avec son ancienne rivale, la prostatectomie périnéale, et nous verrons que, dans la statistique des périnéales du D^r Rafin, l'hémorragie fut fort grave dans un cas, au point d'entraîner la mort du malade 18 heures après l'intervention (il faut dire que le malade était atteint de myocardite).

Chez plusieurs autres opérés, la perte du sang fut assez importante pour nécessiter des soins spéciaux : injection de sérum, évacuation de la vessie remplie de caillots par l'aspiration. Deux opérés durent être transportés à la salle d'opération, en vue d'un tamponnement plus serré ou d'une ligature d'un vaisseau.

Donc, sous le rapport du danger hémorragie, la méthode de Freyer semble affirmer sa supériorité sur la

prostatectomie périnéale entre les mains du même chirurgien.

Nous venons donc de voir les deux principaux dangers immédiats de la prostatectomie hypogastrique. Avant de passer au paragraphe suivant des complications post-opératoires, nous étudierons une des difficultés immédiates de l'opération, ayant même des rapports assez rapprochés avec la gravité de l'hémorragie, c'est-à-dire la décortication plus ou moins aisée de la glande hypertrophiée. Nous allons essayer de nous rendre compte si l'abondance de l'hémorragie est en rapport avec la décapsulisation.

On entend par capsule de la prostate les plans aponévrotiques qui entourent la glande. L'hémorragie est-elle d'autant moins abondante que la décapsulisation est plus facile? Sur les 90 prostates enlevées, la décortication de la prostate a été difficile dans 20 cas, mais sur ces 20 cas, 3 seulement méritent d'être examinés d'un peu plus près, ayant entraîné des complications plus ou moins sérieuses.

Obs. XXII. — Prostate extrêmement adhérente, si bien que l'on se demande si l'on est resté dans les limites de la loge. On essaie de séparer les 2 lobes en passant le doigt dans l'urètre postérieur, mais sa dureté rend la manœuvre impossible. Une partie de l'urètre membraneux est venue avec la glande. La prostate étant décollée, on a senti nettement l'urètre membraneux isolé sur toute sa longueur. On a essayé avec les ciseaux, mais les ciseaux, mal dirigés par un seul doigt, n'ont pas réussi à la sectionner. On a pu la couper avec l'ongle, mais on a cru avoir réussi quand l'urètre avait,

en réalité, cédé au niveau du corps spongieux. Le malade est mort avec fièvre, agitation, puis coma. Il avait mal supporté sa rachistovaïnisation.

Obs. XXIII. — Prostatectomie proprement dite, très pénible par l'adhérence de la prostate et des vésicules séminales en avant et en arrière. Il se produit un fort décollement de la paroi vésico-rectale. Le D^r Rafin n'a pas trouvé tout de suite le plan de clivage, de sorte que la vessie est perforée en arrière et au-dessus de la prostate. Il s'est produit là une cavité qu'il faudra surveiller. Le D^r Rafin a même été sur le point de faire un drainage périnéal.

Les suites ont été très simples, mais le malade est mort chez lui brusquement d'une embolie le 53^e jour. Sa plaie vésicale était d'ailleurs fermée.

Obs. XLII. — Décollement particulièrement pénible de la prostate. Il est difficile de trouver le plan de clivage. Il semble d'abord que l'index traverse l'aponévrose de Denonvilliers et aille jusqu'au tissu cellulaire prérectal. On essaie l'onglet de Pasteau que l'on abandonne comme trop brutal. La prostate finit par s'énuccléer en 2 parties. Aucune complication par la suite.

En somme, à part ces 3 cas, où la décortication et la section de l'urètre ont été très laborieuses, sans toutefois avoir entraîné d'accidents graves (hémorragie), dans tous les autres cas, on y est parvenu sans des difficultés par trop grandes.

Nous reviendrons un peu sur ce sujet de la décapsulation de la prostate au chapitre de l'anatomie pathologique, et nous y verrons notamment que les grosses

prostates (245, 290 gr.) se sont énucléées beaucoup plus facilement que les petites.

Avant de terminer ce chapitre, il faut noter que l'importance des hémorragies opératoires ne correspond pas, ou très peu, au décollement aisé ou malaisé de la prostate. La seule hémorragie importante (obs. 63) que nous ayons à signaler et qui a nécessité un tamponnement vésical, a succédé à l'énucléation très facile de la prostate. Il ne semble donc point qu'il y ait de corrélation nette à établir entre une décapsulisation pénible et le danger d'une hémorragie ; les 3 prostates énucléées si difficilement n'ont entraîné qu'un écoulement de sang minime.

III. ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES. — Les principaux accidents post-opératoires de la prostatectomie sus-pubienne peuvent se résumer en 5 cas d'inégale importance au point de vue pronostic : le shock, l'hémorragie, les complications infectieuses, les complications pulmonaires et l'orchite. Nous allons y jeter un coup d'œil successivement.

Shock. — La prostatectomie sus-pubienne est une opération rapide. C'est là un de ses grands avantages sur la périnéale. En effet, des vieillards, la plupart en mauvais état à cause de leurs troubles urinaires et de leur système circulatoire souvent défectueux, supporteront difficilement une longue opération compliquée d'une longue anesthésie. Ordinairement l'ablation de la prostate par la voie haute, depuis le premier temps opératoire jusqu'au pansement, est de courte durée. Et souvent, nous avons vu notre maître pratiquer 2 ou

3 prostatectomies après une longue matinée consacrée à d'autres opérations. En parcourant nos observations, on verra que les cas sont très peu nombreux où le malade ait été obligé de subir des piqûres de sérum, d'éther ou de caféine, et encore était-ce plutôt du fait d'une hémorragie abondante que du shock proprement dit.

On ne peut citer qu'un seul cas, d'ailleurs suivi de mort, où le malade ait paru choqué pendant l'opération. Encore était-ce à la suite d'une rachistovaïnisation. Le malade s'assoupit pendant l'opération et dormit comme pour une anesthésie générale. Malgré les piqûres de caféine et d'éther, il resta anéanti toute la journée. Le soir, fièvre, sub-délire, puis coma terminal. Il ne semble pas qu'il s'agisse là d'un cas de shock vrai. Nous reviendrons sur ce cas. Il faut dire cependant que quelques opérés, une fois reportés dans leur lit, ont eu quelques tendances à la syncope d'ailleurs vite dissipées par une piqûre de caféine.

Hémorragie. — Albarran considère l'hémorragie post-opératoire de la prostatectomie sus-pubienne comme un des grands dangers de l'opération. Nous avons le plaisir d'enregistrer ici qu'aucun des 90 malades opérés n'a succombé à cette complication qui n'a, d'ailleurs, été inquiétante que dans un cas. Nous diviserons nos malades ayant eu une hémorragie post-opératoire en 2 groupes : ceux chez lesquels l'hémorragie n'a été que la continuation de l'hémorragie opératoire ; ceux qui ont eu véritablement une hémorragie secondaire.

Dans la 1^{re} catégorie, nous n'avons que 6 cas à citer.

Encore, chez la grande majorité, l'écoulement de sang s'est borné à un suintement sans importance dans la soirée de l'intervention.

Nous n'avons à citer, comme hémorragies secondaires, que 2 cas : obs. 12 et obs. 48.

Le malade de l'obs. 12, après des suites opératoires simples, se mit à saigner assez abondamment par l'urètre 10 jours après son opération. M. Rafin rouvrit alors la plaie hypogastrique et tout rentra dans l'ordre.

Ici, nous ferons remarquer que Freyer insiste beaucoup sur le danger de laisser fermer trop tôt la plaie hypogastrique qui, en mettant le muscle vésical au repos, empêche l'hémorragie secondaire. Le meilleur traitement des hémorragies vésicales n'est-il pas la taille sus-pubienne ?

Donc, en cas de tendance à l'hémorragie, le meilleur traitement sera la réouverture ou la dilatation de la fistule hypogastrique. Il importe d'évacuer la vessie de tous ses caillots et d'élargir longuement l'ouverture sus-pubienne.

Le malade de l'obs. 48 a saigné dès le lendemain de son opération et avec persistance pendant quelques jours. Néanmoins son état n'a jamais été inquiétant.

Accidents dus à l'infection. — Les complications infectieuses sont, comme dans toute autre opération, un des grands dangers de la prostatectomie sus-pubienne. Ce qui aggrave peut-être encore le pronostic dans ce cas, c'est qu'ici, comme nous l'avons dit, il s'agit de malades âgés, affaiblis, avec des voies digestives en mauvais état, et à la merci de la première complication

pulmonaire. On pourra, d'ailleurs, remarquer que, dans certains cas, les accidents cardio-pulmonaires subits ont emporté notre malade au moment où, grâce à des soins énergiques, l'infection semblait rétrocéder.

Pour mettre, autant que possible, leurs malades à l'abri de ces complications si fâcheuses, MM. Rafin et Giuliani ont fait subir un traitement préalable prolongé à tous les prostatiques rétentionnistes, depuis un temps assez long, et surtout aux distendus. Ils ont toujours attendu que, grâce au cathétérisme évacuateur progressif, grâce aux lavages vésicaux répétés, la vessie distendue fût revenue sur elle-même, que l'état général se fût amélioré, que la langue eût pris un meilleur aspect, pour intervenir d'une façon plus efficace. Et dans les cas qui ne leur semblaient pas favorables, ils ont pratiqué la prostatectomie en deux temps sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Ainsi que l'expose Albarran, il y a deux points principaux où l'infection peut s'allumer : 1° *le tissu prévésical* souillé par l'urine, parfois par la main du chirurgien ; 2° *la loge prostatique*, anfractueuse, parfois déchiquetée, saignante, baignant dans l'urine plus ou moins aseptique du malade.

Nous allons passer en revue les malades qui ont présenté des signes d'infection, soit locale, soit générale, et voir quels ont été le traitement et le dénouement.

Le malade de l'obs. 3 prit de la fièvre le 5^e jour après son opération : rougeur au niveau des fils de suture. Son urine était louche avant l'opération. On fit sauter la ligne de suture. Légère amélioration, puis nouvelles poussées thermiques. Incrustation de la plaie par des

sels phosphatiques. L'infection gagna la loge prostatique (on fait sourdre le pus par le toucher rectal). Devant tous les symptômes alarmants, le D^r Rafin pratique la périnéotomie et le drainage vésico-prostatique. Après quelques jours d'oscillations, la température semblait s'abaisser, l'état général s'améliorer, quand une pneumonie a terrassé subitement le malade.

N'est-ce pas le tableau, dont il a été question plus haut, d'une complication cardio-pulmonaire donnant le coup de grâce à un malade qui allait triompher de sa complication locale ?

Le malade de l'obs. 29 a présenté un peu de fièvre après son opération : incrustation de la plaie hypogastrique, odeur fétide : le D^r Rafin a découvert quelques points sphacelés, à la partie inférieure de la plaie, qu'il détache avec une pince, et tout rentre dans l'ordre.

Le malade de l'obs. 39 est mort le 57^e jour de son opération dans l'adynamie après plusieurs semaines de fièvre à grandes oscillations. Il était entré à l'hôpital avec une urine très purulente et sentant très mauvais. C'était un rétentionniste chronique et porteur d'un calcul secondaire, mais non un distendu. Son urine fut progressivement améliorée par le traitement. Mais, peu après son opération, le malade commença par prendre un abcès funiculaire, puis des abcès pelviens, fessiers, un abcès derrière l'oreille, et il finit par succomber malgré les injections de sérum et les débridements et drainages que lui fit le D^r Rafin. L'autopsie révéla une infection généralisée, sorte de pyo-néphrite des reins farcis d'abcès, des collections purulentes dans l'espace rétro-vésical, dans les fosses iliaques. Ces accidents infectieux

faisaient contraste avec l'état local excellent de la loge prostatique. La vessie et la plaie prostatique étaient indemnes, et la guérison opératoire s'était quand même effectuée. On a dû se trouver ici en présence de phénomènes d'infection à distance. Fait assez particulier, ce malade s'était toujours montré apathique, ne réagissant pas, n'avertissant le chirurgien des endroits où il souffrait que pressé de questions et à la dernière extrémité. Il semblait offrir un bon terrain à l'infection.

L'A. Ch. (Obs. 40), mort 5 mois après l'intervention, ayant eu des poussées thermiques très accentuées et une phlébite. Il prit ensuite un abcès de l'espace pelvi-rectal postérieur que l'on débrida. Après une amélioration passagère, il finit par mourir avec une T. à grandes oscillations.

Au contraire, le malade de l'obs. 49, après avoir causé une assez vive alerte au chirurgien par une élévation thermique consécutive à l'opération, a fini par bien guérir, après avoir subi un drainage périnéal. Ici, les accidents étaient en rapport avec l'évacuation insuffisante, drainage hypogastrique, la plaie se fermant trop hâtivement.

Pour l'obs. 55, on a eu un cas d'infection post-opératoire très décevant. Le malade, soigné depuis longtemps par le D^r Rafin, avait eu des urines troubles et infectées (odeur de poisson pourri). Progressivement clarifiées par le traitement, elles étaient limpides au moment de l'intervention. Néanmoins le malade prit des accès de fièvre intermittents avec frissons répétés. En vain le D^r Rafin réouvrit la plaie sus-pubienne, refit ensuite une cystostomie. En vain on lui laissa la sonde de Pezzer à

demeure, le malade mourut 6 mois après l'opération. Un moment, il s'était plaint de souffrir dans la région lombaire droite, mais à aucun moment, on n'a pu sentir le rein augmenté de volume. Le doigt, introduit dans la loge prostatique, lors de la cystostomie, avait permis de sentir une loge de la grosseur d'une noisette normale.

Très vraisemblablement, il est mort d'une infection ascendante du côté du rein, favorisée par troubles dysuriques très anciens.

Le malade de l'obs. 76 est mort, 2 mois après son opération, dans l'hyperthermie, mais peut-être ne peut-on trop rattacher ses accidents infectieux à son opération. En effet, le malade alla très bien pendant 5 semaines, puis il prit une arthrite du cou-de-pied qui nécessita ensuite l'arthrotomie. Mais son état urinaire n'avait pas cessé d'être bon. On n'avait rien trouvé comme signes infectieux du côté de sa loge prostatique. Quand il est mort, sa fistule hypogastrique était sur le point de se fermer.

Le malade de l'obs. 84 ayant eu des poussées thermiques, le Dr Giuliani rouvrit sa plaie hypogastrique et, au bout de quelques jours, la température redevient normale.

On s'est expliqué sur les accidents infectieux de l'obs. 63.

Voilà les cas chez lesquels l'infection a revêtu des allures graves. Nous avons eu 6 morts à déplorer, et chez la plupart de ces malades, l'infection a envahi l'organisme, se manifestant sous forme de fusées purulentes dans le bassin et même à distance. Les reins ont

été fréquemment touchés, soit par néphrite suppurée, soit par pyélo-néphrite ascendante.

Chez l'A. Ch. (obs. 40), l'abcès pelvien a été trop tardif pour être mis sur le compte d'une éraillure de la capsule. Dans l'obs. 39, l'autopsie a démontré que la plaie prostatique était parfaitement guérie.

Le traitement, dans tous ces cas, a été celui que préconise Albarran. Le Dr Rafin a ouvert les abcès, fait une contre-ouverture périnéale dans quelques cas, élargi la plaie sus-pubienne avec lavages vésicaux et soutenu l'état général par les moyens ordinaires.

Si nous consultons la statistique des périnéales du Dr Rafin, nous constatons que l'infection a également causé 6 morts sur ses 75 prostatectomies. La statistique est donc similaire à celle de l'hypogastrique.

Accidents cardio-pulmonaires. — Ils ont été malheureusement assez fréquents chez nos malades, malgré les précautions d'usage et le soin qu'on ait pris à leur éviter les causes de refroidissement avant, pendant, et après l'opération. Nous avons déjà cité le malade de l'obs. 3 enlevé de pneumonie après des accidents infectieux graves.

De plus, les accidents pulmonaires graves : bronchite et pneumonie franche ont causé la mort de 4 malades qui avaient bien supporté l'opération au point de vue urinaire. Nous reviendrons plus loin au sujet de la question anesthésie. Néanmoins, il serait intéressant de jeter un coup d'œil sur l'anesthésique employé dans ces cas malheureux.

Obs. VIII. — Mort d'une récurrence de bronchite

ancienne, 3 jours après anesthésie générale au Bilroth ou à l'éther. L'agent anesthésique n'a pas été précisé sur l'observation.

Obs. LXV. — Mort de pneumonie le 7^e jour. Anesthésie à l'éther.

Obs. XC. — Mort plus d'un mois après de pneumonie. Rachistovainisation.

Enfin, il convient de citer le malade de l'obs. 19 qui eut des signes de pleuro-pneumonie très nette, mais finit par guérir malgré son âge avancé. Il avait subi une rachistovainisation. D'après cet exposé, il ne semble pas que l'on puisse tirer une conclusion bien nette au sujet de l'anesthésique employé. L'éther, tant incriminé au sujet des complications pulmonaires chirurgicales, ne semble pas être plus coupable que le bilroth ou l'anesthésie lombaire. Peut-être faudra-t-il tenir compte néanmoins du passé pulmonaire du malade. Le malade de l'obs. 8 a succombé à une récurrence de bronchite ancienne qu'il n'avait pas signalée avant son opération.

Sous le rapport des accidents pulmonaires, le D^r Rafin semble avoir été moins favorisé pour ses prostatectomies hypogastriques que pour ses périnéales. Néanmoins, il convient d'ajouter que, dans les deux statistiques, le chiffre des accidents pulmonaires est bien minime : 3 morts sur 94 opérés.

Enfin l'embolie a causé la mort de 3 de nos malades un, le 11^e jour ; un autre, 2 mois après, alors qu'il était rentré chez lui presque complètement guéri. Et encore, on est en droit de douter que l'embolie ait quelque rapport avec l'opération. Un 3^e est mort, peu de jours

après son opération, avec une dyspnée progressive qui a fait songer à une embolie, sans que ce diagnostic ait pu être vérifié (obs. 23, 45, 86). Ces morts, par embolie, n'ont rien qui puisse nous surprendre, toute opération étant susceptible de provoquer un thrombus, et notamment la prostatectomie où l'on est très exposé à léser, ne fût-ce que légèrement, les riches plexus veineux péri-prostatiques. Et puis, il s'agit de vieillards, prédisposés plus que d'autres, à ces sortes d'accidents.

Orchite. — L'orchite est une des complications les plus fréquentes de la prostatectomie, tant périnéale que sus-pubienne. Nous voyons, en effet, M. le Dr Rafin, dans un article sur ses prostatectomies périnéales, en accuser 20 cas sur ses 75 opérations. Il reconnaît d'ailleurs n'avoir pratiqué, que très rarement, la ligature préventive des déférents.

Au contraire, dans ses prostatectomies hypogastriques, je l'ai presque toujours vu lier systématiquement les déférents, et son élève, M. le Dr Giuliani, emploie la même méthode.

Sur les 90 prostatectomies qu'ils ont pratiquées, je n'ai relevé que 4 orchites, dont une bilatérale, consécutives à l'intervention (obs. 1, 10, 12, 71). Dans 3 cas, on n'avait pas pratiqué la ligature des déférents, notamment pour l'obs. 12 on lia un seul déférent et l'orchite atteignit le testicule du côté opposé. Mais le malade de l'obs. 10 avait eu la double ligature des deux côtés.

A citer encore le malade de l'obs. 17 : un peu d'épididymite malgré la section et la ligature des déférents.

A citer aussi, dans ce paragraphe, le malade de l'obs.

33 qui eut un petit abcès le long du cordon inguinal gauche plus d'un mois après l'intervention.

La ligature préventive des canaux déférents semble donc une bonne mesure ; elle n'allonge pas l'opération d'une façon exagérée, et elle met le malade à l'abri d'une complication qui, sans être dangereuse, est fort douloureuse et procure au patient un surcroît de souffrance bien inutile. On conçoit, cependant, qu'étant donné le trouble qu'elle apporte dans l'accomplissement des fonctions génitales, il faudra tenir compte de l'âge du malade que l'on opère, et ne le faire qu'avec son acquiescement.

Phlébite. — Dans trois cas, cette complication s'est produite, et elle a été bilatérale chez un des malades. Cette complication n'a, en somme, rien d'étonnant, étant donnée, nous l'avons dit, la richesse des plexus prostatiques qui sont susceptibles d'être lésés.

Voilà donc exposées les principales complications post-opératoires qui se sont produites chez nos opérés. Nous allons considérer quelques complications plus éloignées, c'est-à-dire susceptibles de se produire tardivement : ce sont le rétrécissement de l'urètre, l'incontinence des urines, et la persistance de la fistule.

Rétrécissement de l'urètre et difficultés de cathétérisme. — Ainsi que le fait bien remarquer Albarran, la difficulté du cathétérisme, après la prostatectomie hypogastrique, peut tenir à deux causes : 1° obstacle dû au rebord saillant de la vessie qui, avant l'opération, formait la limite de la loge prostatique, ce qui fait que la

sonde pénètre bien dans la loge, donne bien issue à de l'urine, mais ne pénètre pas dans la vessie, ce qui gêne considérablement pour les lavages urétraux. 2° rétrécissement urétral : l'urètre postérieur ayant été plus ou moins irrégulièrement déchiré, les déchirures s'étendent parfois jusqu'à la portion membraneuse. Nous verrons dans quel cas cet accident s'est produit chez nos prostatectomisés et quel traitement il a nécessité. Il faut, d'ailleurs, se hâter de signaler que nos dernières observations sont trop récentes pour que l'on puisse se prononcer à leur égard. Ce n'est pas un accident très éloigné et qui se produit rarement chez les malades ayant dépassé la phase post-opératoire.

Nous citerons d'abord le malade de l'obs. I, 1^{er} prostatectomisé du Dr Rafin qui, opéré le 30 octobre 1908, commença à présenter des difficultés de cathétérisme vers le 28 novembre. Une Nélaton est arrêtée au bec de la prostate. Il ne peut uriner. Rétention manifeste. Le Dr Rafin dilate alors l'orifice de la plaie hypogastrique pour assurer l'évacuation de la vessie, puis il pratique, le 10 décembre, une urétrotomie externe..

Les suites ont été excellentes, et le malade, revu le 14 novembre 1912, c'est-à-dire près de 4 années après, a un urètre laissant facilement passer un explorateur à boule 18.

Obs. XXVII. — Prostatectomie pratiquée le 21 juillet. Dès le 27, impossibilité de faire des lavages par l'urètre, malgré 2 mètres de pression. Le 4 août, impossibilité d'introduire des explorateurs 8 et 6. Le 6 août, urétrotomie externe. Le 23 août, la fistule est fermée, mais le malade a de l'incontinence diurne et nocturne.

Un explorateur à boule 17 révèle un rétrécissement au niveau de l'urètre membraneux. Depuis, ce malade a toujours eu de l'incontinence.

Obs. LXX. — Malade opéré par le D^r Rafin, et chez lequel le D^r Giuliani pratique, moins d'un mois après, une urétrotomie externe. Il aurait gardé, à la suite, une légère incontinence.

Voyons les malades présentant quelque irrégularité du calibre de l'urètre.

Obs. X. — Ce malade, examiné 6 mois après l'opération, n'a pu être sondé. Les sondes et les explorateurs sont arrêtés à l'entrée de la vessie. Il s'agit sans doute du rebord postérieur dont nous parlions plus haut. Néanmoins, il urine facilement.

Obs. XVI. — Léger ressaut d'une boule 18 en un point.

Obs. XVII. — Léger ressaut dans la traversée prostatique.

Obs. XVIII. — Léger ressaut d'un explorateur à boule dans la traversée prostatique. Aucune suite fâcheuse.

Obs. XXIII. — Plus d'un mois après l'opération, les sondes et les explorateurs sont arrêtés à l'entrée de la vessie. Seule une béquille soutenue par le doigt, franchit l'obstacle, ce qui prouve bien le rôle du rebord postérieur de la vessie dans ce cas.

Obs. XXIV. — Nélaton 18 un peu serrée, semble-t-il, à la traversée prostatique. Aucun rétrécissement par la suite.

Obs. XLVI. — Léger ressaut de l'explorateur à boule dans l'urètre périnéal.

Obs. XXIX. — Une boule 18 est arrêtée dans la traversée prostatique.

Obs. L. — Léger rétrécissement à la traversée prostatique arrêtant les explorateurs 22 et 20, laissant passer le 18.

Obs. LXIII. — Explorateur 18 passe avec un léger frottement.

Obs. LXXVIII. — Explorateur à boule, et la Nélaton sont arrêtés à l'entrée de l'urètre membraneux. Seul, un explorateur 12 franchit. Le rétrécissement ne s'est pas accentué par la suite.

Obs. LXXXVIII. — Un explorateur à boule 16 ne passe pas dans la traversée prostatique. N'a jamais eu, depuis, aucun signe de rétrécissement.

Nous ne tiendrons pas compte, sur ce sujet, des 4 dernières observations du Dr Giuliani. Elles sont de date trop récente pour pouvoir nous fournir des renseignements sur l'état de l'urètre du malade. Nous voyons en somme, que sur les 86 prostatectomies envisagées, au point de vue rétrécissement de l'urètre et difficulté du cathétérisme, 3 cas seulement ont présenté un rétrécissement sérieux ayant nécessité l'urétrotomie externe. Dans tous les autres cas, le rétrécissement n'était, en somme, qu'une légère diminution du calibre urétral dans la traversée prostatique, ou une simple saillie du bord postérieur de la vessie au-dessus de la loge prostatique évidée. Tous ces malades ont continué normalement, et il semble bien que, chez eux, la difficulté du cathétérisme ne traduise pas un rétrécissement vrai.

Cette difficulté au cathétérisme ne serait fâcheuse

en somme que si l'état des urines et la santé des malades exigeaient des lavages vésicaux. Il y a lieu de se demander si, pour prévenir ce rétrécissement, il ne faudrait pas surveiller l'urètre et dilater préventivement.

Dans ses prostatectomies périnéales, le Dr Rafin n'a d'ailleurs pas eu plus d'ennuis : sur ses 75 prostatectomisés, 2 seulement ont nécessité l'urétrotomie externe.

Incontinence des urines. — Elle est exceptionnelle, dit Albarran, au cours de la transvésicale, et serait la conséquence d'un arrachement de l'urètre membraneux. Cette très pénible infirmité ne s'est heureusement manifestée qu'une fois chez un de nos opérés : celui de l'obs. 27. C'est, d'ailleurs, un des 3 malades chez lesquels un rétrécissement serré au niveau de l'urètre membraneux nécessita l'urétrotomie externe. Pourtant en parcourant le compte rendu de l'intervention, on peut se rendre compte qu'aucune manœuvre brutale ne fut exercée et, qu'en somme, l'ablation de la prostate fut relativement facile. Cette incontinence, malgré une lettre plus rassurante, à ce point de vue, de son médecin, le Dr Lamberger, de Chazelles-sur-Lyon, semble avoir persisté 2 ans après son opération.

Le malade de l'obs. 49 n'a eu, en somme, qu'une incontinence passagère, après un drainage périnéal (périnéotomie à la suite d'accidents infectueux). Un peu moins d'un an après l'opération, il perdait encore légèrement ses urines en marchant. Mais il ne semble pas qu'il s'agisse là d'incontinence vraie, et tout a dû rétrocéder depuis.

Le malade de l'obs. 70 a gardé également une légère

incontinence quand il marche, à la suite d'une urétrotomie externe.

Si, suivant l'habitude, nous jetons un coup d'œil sur la liste des périnéales du D^r Rafin, nous trouvons 7 cas d'incontinence prolongée variant de 4 mois à 4 ans, et persistant jusqu'à la mort, dans 3 cas. Il semble que l'avantage est, ici, à la prostatectomie hypogastrique.

Fermeture de la plaie hypogastrique. — L'étude de la dernière complication possible de la prostatectomie périnéale va nous amener à considérer un des points importants de l'opération : la fermeture de la plaie hypogastrique. Il est intéressant pour le chirurgien, plus intéressant encore pour le malade, de voir en combien de temps la cicatrisation de cette plaie est accomplie, effectuant, pour ainsi dire, la signature de l'opération. Quelle pénible infirmité si, dans certains cas ou plus ou moins nombreux, le malade allait être obligé de garder, à l'hypogastre, une fistule laissant suinter l'urine ?

Hâtons-nous de dire qu'il n'en est point ainsi et que, dans tous les cas suivis de guérison, nos malades ont vu se fermer leur boutonnière sus-pubienne dans des délais plus ou moins courts. Dans un seul cas tout au plus, peut-on dire que le malade a gardé une fistulette qui, à la longue, a, d'ailleurs, fini par se fermer (obs. 50). Dans le coup d'œil que nous allons jeter sur la durée de la plaie hypogastrique chez nos opérés, nous omettrons seulement les quelques derniers, opérés trop récemment pour que l'on puisse donner des renseignements à cet égard, et qui ne sont intéressants qu'au point de vue opératoire immédiat de la prostatectomie.

Nous omettrons aussi, pour l'exactitude de la statistique, quelques opérés, dont la cicatrisation s'est d'ailleurs effectuée très normalement, mais sur l'observation desquels nous n'avons pu retrouver aucune indication touchant la date de la fermeture de la fistule. Il suffira de se reporter, au sujet de ces malades, aux tableaux publiés précédemment, et l'on pourra se rendre compte, par les nouvelles ultérieures, que ces malades étaient parfaitement guéris sous tous les rapports.

En feuilletant nos tableaux, on verra donc que sur les 90 malades, 69 seulement ont leur date de fermeture de la fistule indiquée. Si l'on tient compte des 12 morts chez lesquels la plaie hypogastrique n'était pas fermée, et des 4 derniers opérés trop récemment, nous verrons qu'il nous manque seulement 5 dates. Sur ces 5 dates, 1 seul avait conservé une toute petite fistule au bout d'un an (obs. 50), les 4 autres sont en bon état, et leur plaie est bien cicatrisée.

Le nombre minima de jours nécessaires à la fermeture de la fistule a été de 10. Un de nos malades, celui dont il était question tout à l'heure, n'a vu sa fistule se tarir qu'au bout d'un an à peu près. Voilà les deux extrêmes de la série à ce point de vue.

En récapitulant, on aura : Fermeture de la fistule :

du 10^e au 20^e jour : 20.

du 20^e au 30^e jour : 31.

de 1 à 3 mois : 24.

de 3 mois à 1 an : 2.

au delà d'un an : 1.

Ces résultats sont en somme très satisfaisants. La grosse majorité de nos malades étaient guéris en un

mois et moins d'une infirmité qui les rendait esclaves depuis plusieurs années, notamment chez nos malades atteints de rétention chronique complète voués au « catheter life » depuis de longs mois, et même de longues années. Il est également intéressant de noter que le genre de rétention ne semble pas influencer sur la plus ou moins grande rapidité de fermeture de la fistule, et que nos distendus ont aussi vite guéri sous ce rapport que les prostatiques ayant seulement présenté quelques crises de rétention brusque.

Lorsque la fistule hypogastrique mettait du temps à se tarir, j'ai vu mes maîtres agir de la même façon, et hâter la fermeture en faisant mettre, pendant quelques jours, la sonde à demeure au malade. Du reste, quand la fistulisation persiste quelque temps il est utile d'explorer l'urètre et de rechercher s'il ne s'est pas produit un rétrécissement.

Dans d'autres cas, au contraire, où cette fistule semblait vouloir se fermer trop vite et empêcher ainsi, et le drainage de la vessie nécessaire les premiers jours, et les lavages par la plaie également nécessaires au début, ils ont empêché cette cicatrisation rapide en introduisant un gros drain dans la fente, ou en dilatant avec le doigt.

Albarran, dans son traité des voies urinaires, considère cette persistance de la fistule comme un accident assez fréquent. D'ailleurs, son procédé de fixer la vessie aux muscles de la paroi semble y exposer davantage. Il conseille de ne pas attendre au delà du 25^e jour, et de fermer la plaie chirurgicalement si la mise en place de la sonde à demeure n'a pas raison de la fistule. Nous

pensons que M. le D^r Rafin n'a pas employé cette méthode parce que, chez la plupart des malades à plaie paresseuse, si je puis m'exprimer ainsi, l'état des urines laissait encore à désirer et qu'ainsi en fermant la plaie trop précipitamment, il ne voulait pas risquer d'enfermer le loup dans la bergerie, et s'exposer à être obligé de défaire, au bout de quelques jours, les points de suture qu'il venait de mettre.

Avant de terminer ce chapitre, je veux encore faire remarquer que, dans la plupart des cas, j'ai vu le D^r Rafin faire une incision très petite des plans superficiels et surtout de la vessie, juste de quoi introduire un doigt. Même dans bien des cas, le tube de Freyer fut jugé trop gros pour passer dans la plaie vésicale et fut remplacé par un drain de fort calibre. Toutefois, le chirurgien doit se préoccuper surtout d'assurer un large drainage, soit pour l'urine, soit pour les caillots.

Petite incision, peu de jour sur l'espace opératoire, voilà une des rares interventions chirurgicales où ces conditions se trouvent indiquées !

J'ajouterai encore qu'ainsi la plupart des malades ont conservé une bonne paroi, que très peu ont eu de légères traces d'éventration nécessitant le port d'une ceinture, et ce fut, d'ailleurs, précieux pour nos opérés, car la plupart étaient des paysans obligés de se livrer aux durs travaux des champs.

A signaler encore, dans ce paragraphe des fistules, la longue persistance, chez un de nos opérés, d'une fistule périnéale survenue après une alerte ayant nécessité la périnéotomie. Elle finit par guérir sans intervention (obs. 63).

Enfin, suivant l'habitude, nous jetterons un coup d'œil sur la statistique des péninéales de notre maître, et nous verrons qu'elle est moins favorable que l'hypogastrique, et que 3 malades ont gardé une fistule périnéale persistante, infirmité au moins aussi pénible que la fistule hypogastrique.

Avant de terminer ce chapitre, nous allons étudier ce que devient la loge prostatique après la prostatectomie, et les renseignements que fournit le toucher rectal pratique plus ou moins longtemps après l'opération.

La loge prostatique après la prostatectomie. — Immédiatement après l'opération, la loge prostatique, distendue par la prostate hypertrophiée, se rétracte en quelque sorte, et c'est à ce mouvement que Freyer attribue l'insignifiance ordinaire de l'hémorragie. Il le compare à l'involution utérine brusque qui suit l'accouchement, formant en quelque sorte une ligature vivante autour des vaisseaux.

D'ailleurs, la cicatrisation postérieure de la loge prostatique s'accomplit avec une vitesse surprenante, et chez les opérés qui ont succombé, et dont l'autopsie a été faite peu de temps après l'opération, on a toujours pu constater une cicatrisation complète de la plaie, et notamment pour les obs. 3 et 39. Il nous semble assez intéressant de citer les conclusions publiées à ce sujet par le Dr Moscou de Bucarest après un cas où il put pratiquer l'autopsie peu de temps après l'opération :

Ces constatations permettent de formuler un certain nombre de conclusions dont voici les principales :

1° L'énucléation des formations adéno-myomateuses

de la prostate et l'arrachement de l'urètre laissent après eux une grande poche qui communique presque en entier avec la cavité vésicale.

2° La paroi de cette poche qui représente l'urètre arraché est constituée par du tissu prostatique comme l'ont déjà soutenu Motz et Perearnan. Il s'agit là de l'ancienne prostate qui fut comprimée et repoussée à la périphérie par les masses néorformées et que l'opération a respectée en totalité. Cette ancienne prostate constitue actuellement un anneau complet s'étendant jusqu'au niveau de l'urètre membraneux. Nos constatations confirment donc le fait avancé par les auteurs cités.

3° Un épithélium, qui par sa configuration, rappelle l'épithélium vésical, recouvre la surface interne de la prostate. La prolifération épithéliale a eu, comme point de départ, l'épithélium de la vessie. Elle a tapissé le col, les parois internes de la prostate et s'est continuée avec l'épithélium de l'urètre membraneux.

4° La présence des orifices des canaux éjaculateurs qui paraissent être perméables n'est que la conséquence naturelle de la conservation de la prostate.

5° L'urètre membraneux étant actuellement la partie la plus rétrécie de la poche vésico-urétrale, jouera désormais le rôle de sphincter de la vessie.

Au point de vue pratique, notre observation offre un intérêt particulier. Elle montre la rapidité avec laquelle se réparent les dégâts causés par la prostatectomie transvésicale et prouve que cette opération, en permettant la conservation des canaux éjaculateurs, peut, dans une certaine mesure, assurer l'exercice des fonctions génitales.

Toucher rectal. — Le toucher rectal, pratiqué chez la plupart de nos prostatectomisés à leur départ de l'hôpital et à leurs visites dans le service, nous a montré que, dans quelques cas, on sent une région prostatique absolument plate ; dans d'autres cas, il reste comme les vestiges d'une toute petite prostate avec 2 lobes. L'examen est, le plus souvent, complètement indolore. On sent quelquefois une légère induration au niveau de la ligne médiane.

Un toucher rectal douloureux, avec une induration nette, ou un noyau sur un des lobes, doit faire émettrs des doutes sur la possibilité d'une dégénérescence.

CHAPITRE IV

Résultats cliniques de la Prostatectomie hypogastrique

Dans le précédent chapitre, nous venons d'exposer, aussi rapidement que possible, les incidents opératoires et post-opératoires éprouvés par nos prostatectomisés. Mais une opération a un but. La prostatectomie était entreprise pour rétablir les mictions normales, améliorer les urines, soustraire le malade au cathétérisme évacuateur devenu nécessaire, enfin restaurer son état général. A-t-elle réussi sa tâche et peut-on dire que nos prostatectomisés ont été pleinement soulagés par l'intervention? C'est ce que nous allons étudier maintenant. Et ensuite, avant de terminer le chapitre, nous examinerons ce qu'ils sont devenus, au point de vue génital, et nous comparerons encore, sous ces points de vue, les deux méthodes d'ablation de la prostate.

Un dernier paragraphe de ce chapitre sera consacré à jeter un coup d'œil sur ce que sont devenus nos malades et sur l'examen le plus récent qu'ils ont subi à l'hôpital.

1° *La miction chez les prostatectomisés.* — Dans ce paragraphe, nous envisagerons successivement : la fréquence des mictions et l'évacuation plus ou moins complète de la vessie. La plupart, lors de leur entrée

à l'hôpital, avaient, depuis de longues années, des mictions beaucoup plus fréquentes. Il devaient se relever, la nuit, un nombre considérable de fois, et parfois la fréquence des envies d'uriner était telle qu'elle constituait un vrai supplice pour le malheureux patient. Sous ce rapport, ainsi qu'on pourra le voir, en regardant nos tableaux, la prostatectomie a considérablement amélioré le sort du malade. Très peu n'en ont pas retiré de bénéfice sous ce point de vue.

Nous ne reprendrons pas un à un nos prostatectomisés pour voir le nombre exact des mictions de chacun d'eux. Nous renvoyons aux observations où le nombre des mictions a été noté, époque par époque, et surtout aux tableaux où sont résumés l'examen avant et après l'opération. Nous dirons seulement, pour résumer la question, que nos malades, de toutes les catégories, ont grandement bénéficié de l'intervention. Nous voyons en effet, que ces malades qui, avant l'opération, urinaient 8 à 10 f. la nuit, et autant le jour, en moyenne, ont vu progressivement le nombre de leurs envies d'uriner diminuer, et se réduire environ à 3 ou 4 la nuit, et 5 à 6 le jour (environ toutes les 2 à 3 h.). N'est-ce pas là un résultat avantageux chez des individus tourmentés à chaque instant par le besoin d'uriner pour soulager un peu leur vessie distendue. Même, chez un ou deux de nos prostatectomisés, nous avons vu la miction nocturne tomber à une et même à 0. Et ces résultats ont été obtenus, non seulement avec des malades n'ayant présenté que quelques crises de rétention avec symptômes dysuriques atténués, mais encore chez des rétentionnistes distendus, et des malades sou-

mis à la sonde depuis un laps de temps dépassant 3 ans dans 1 cas.

La plupart de ces malades, nous l'avons déjà dit, étant de la campagne, nous n'avons pu les faire venir tous se montrer à l'hôpital et nous avons dû nous contenter des renseignements forcément imparfaits qu'ils nous ont envoyés. Néanmoins, nous avons pu constater chez ceux qui se sont présentés et par les lettres de la plupart des autres, que le jet d'urine était toujours satisfaisant, que le malade en était presque toujours maître, et qu'il ne « pissait plus sur ses souliers », comme le prostatique le fait, en général, avant l'intervention.

Dans tous les renseignements que nous ont fournis les malades, la fréquence des mictions était diminuée. Cependant, il convient, après avoir parlé des avantages, de citer les quelques inconvénients et de signaler de nouveau, à cet endroit, le malade de l'obs. 27 qui a toujours présenté de l'incontinence des urines après son opération, ce qui, d'ailleurs, ne l'empêchait pas de travailler, en portant un appareil.

Dans quelques autres cas (obs. 1, 24, 30, 31, 43, 47, 54), la fréquence des mictions n'a pas diminué d'une façon considérable, soit pour la nuit, soit pour le jour. Cependant, fait assez intéressant à noter, le nombre des mictions a été relativement plus diminué la nuit que le jour ; peut-être est-ce dû à ce qu'un meilleur état général permet au malade de jouir davantage du sommeil. Le chiffre le plus élevé des mictions, pour la nuit, est atteint par le malade de l'obs. 30 qui urine 10 f. la nuit, comme le jour. Evidemment, ce résultat est peu

satisfaisant, mais encore ne faut-il pas trop s'alarmer puisque l'état général de ce malade est redevenu excellent et qu'il se plaint seulement d'un peu d'insomnie. Peut-être est-ce, d'ailleurs, à cette insomnie qu'il doit la fréquence plus grande de ses mictions.

Avant de passer à la question de l'évacuation plus ou moins complète de la vessie, nous citerons une remarque déjà faite dans les thèses de Faÿsse et de Piollenc. Elle s'adresse, en effet, aux prostatiques, en général, qu'ils aient été opérés par la voie haute ou par la voie basse. Les prostatiques sont, non seulement des dysuriques, mais encore, dans bien des cas, des polyuriques. L'opération les guérit de leur pollakiurie, mais elle ne peut pas les débarrasser complètement de cette polyurie qui vient de plus haut, du rein. Beaucoup, en effet, de nos vieux urinaires ne sont-ils pas atteints de néphrite interstitielle à un degré plus ou moins avancé? Beaucoup n'ont-ils pas déjà, parfois depuis de longues années, des urines albumineuses? La prostatectomie agira favorablement, même dans ce sens, en améliorant l'état général, en rendant à ces malades une bonne vessie non distendue.

Et puis, il faut bien le dire, nos malades, étant pour la plupart des paysans ou des ouvriers, ont des habitudes alcooliques qui ne sont pas sans avoir d'effet sur la fréquence des mictions dont nous parlions tout à l'heure.

Nous ne reprendrons pas ici le calcul que l'on trouve à ce sujet dans les thèses de Faÿsse et de Piollenc. Ces deux auteurs l'ayant démontré, il est inutile de recommencer après eux, ce qui s'applique aux opé-

rés de la périnéale allant très bien, dans ce cas, aux prostatectomisés suivant la méthode de Freyer.

Nous allons passer à la seconde partie en ce qui concerne la miction chez nos opérés : la question du résidu. Les malades vident-ils bien complètement leur vessie ? Pour cela, il faut se reporter encore une fois aux tableaux où l'on trouvera indiqués, à chaque malade, les résidus avant et après la prostatectomie. Nous nous bornerons ici à tirer les conclusions.

En consultant nos tableaux où est consignée, pour la plupart des malades, la quantité des résidus avant et après l'opération, il est facile de constater que, dans l'immense majorité des cas et dans un temps relativement court, le résidu était tombé à 0. Si dans la colonne des résidus, on voit souvent des résidus de 10 à 15 gr., cela tient à ce que j'ai dû mettre le résidu trouvé au moment du départ des malades de l'hôpital ; en effet, quand ceux-ci sont venus se faire réexaminer, nous leur avons trouvé un état général tellement satisfaisant, et des urines si claires, que nous n'avons pas voulu les exposer aux risques que comporte un cathétérisme, si aseptiquement fait soit-il. Beaucoup d'autres malades nous ont répondu par lettre, mais nous sommes, nous semble-t-il, en droit de considérer comme nul un résidu de 10, 15 et même 20 grammes, un mois après l'opération.

Puis, remarque très juste énoncée dans la thèse de Faysse, l'émotion joue un grand rôle dans l'évacuation plus ou moins complète de la vessie. Combien de fois n'avons-nous pas vu un malade qui, pourtant, était resté longtemps sans uriner, ne pouvoir arriver à émettre une

goutte d'urine devant le chirurgien et ses aides ! Il n'est pas étonnant qu'ainsi le malade ne vide pas aussi complètement sa vessie que lorsqu'il urine sans témoins.

Dans la plupart des cas, même chez des distendus et des malades atteints, depuis longtemps, de rétention chronique complète, le résidu a tombé à un chiffre très minime presque aussitôt après l'opération. Dans un certain nombre d'observations, le résultat a été long à obtenir, mais au bout de quelques mois, nous l'avons vu baisser progressivement pour arriver finalement à 0. Nous avons surtout observé ces cas chez les distendus à vessie particulièrement forcée et qui met un certain temps à revenir à l'état normal, ainsi que nous le verrons dans le paragraphe suivant.

Cependant, chez quelques malades, les résidus n'ont pas diminué, et nous allons examiner rapidement ces résultats moins favorables. Nous ne tiendrons pas compte néanmoins de résidus de 50 à 60 gr., trouvés 1 mois après l'opération, chez des malades qui, auparavant, conservaient 5 à 600 gr. dans la vessie. On peut, avec raison, espérer que ce résidu finira par disparaître.

Dans le 1^{er} groupe : *Rétentions récentes avec symptômes dysuriques antérieurs*, nous avons eu le plaisir de constater qu'aucun des prostatectomisés n'avait conservé un résidu excédant 60 gr., un mois après l'opération. Encore ce résidu n'a-t-il été trouvé que chez un malade. Tous les autres ont été améliorés à ce point de vue d'une façon presque radicale.

Dans le 2^e groupe : *Rétentions chroniques complètes*, nous avons le malade de l'obs. 54 qui, après avoir eu,

pendant plusieurs années, une rétention incomplète avec des résidus atteignant jusqu'à 300 gr., est arrivé à la rétention chronique complète. Ce malade, à son dernier examen pratiqué 1 mois après son opération, avait 80 gr. de résidu. Depuis, les nouvelles envoyées ont été excellentes, et tout nous permet de croire que le résidu s'est annihilé.

Dans le 3^e groupe : *Rétentions chroniques incomplètes*, catégorie des non distendus, nous avons les prostatectomisés des obs. 43, 48 qui ont tous les deux 60 gr. de résidu. Mais ce chiffre a été trouvé, chez le premier, moins d'un mois après l'opération et, chez l'autre, après une lithotritie pour calculs pratiquée 1 an après la prostatectomie; et encore est-il tombé depuis à 25 gr., en octobre. Ajoutons que, chez ce dernier malade, l'examen histologique a révélé un épithélioma de la prostate qui, cependant, ne semble pas évoluer.

Dans le même groupe et la même catégorie, nous avons le malade de l'obs 50. Avant sa prostatectomie, il avait un résidu variant entre 260 et 400 gr. Mais, dans ce cas, les résultats n'ont pas été aussi favorables. Les urines sont restées troubles. Les résidus tombés à 30 gr. ont progressivement remonté et maintenant, ils atteignent 100 gr. En somme, la vessie se vide mal et les urines sont troubles. Néanmoins, l'état général est resté assez bon.

Distendus. — Dans la catégorie des distendus, les résultats sont un peu moins satisfaisants. Sur nos 14 malades, 3 vident incomplètement leur vessie.

Obs. VII. — Distendu avec incontinence. Après son

opération, il a gardé une grande capacité vésicale : 800 gr., avec 700 gr. de résidu. Néanmoins, ce résidu a diminué peu à peu pour tomber à 500 gr. Peut-être a-t-il encore baissé, car nous n'avons pu avoir de récents renseignements sur ce malade dont l'état général a d'ailleurs toujours été excellent depuis l'intervention. Résultat imparfait.

Obs. XI. — Distendu. Les résidus, tombés à 30 gr. après l'intervention, ont remonté à 150 gr. L'urine est trouble.

Obs. XVI. — Malade distendu, polyurique, avec des résidus de 400 gr. avant l'opération, a gardé, assez longtemps après, des résidus de 300 à 550 gr. avec urines troubles, mais l'état général est resté excellent. Traité par la sonde à demeure et les lavages. Actuellement, il n'aurait plus besoin de se sonder et viderait à peu près sa vessie.

En résumé, on voit donc que la prostatectomie a grandement amélioré les malades sous le rapport des résidus. Quatre, à peine, ont donné des résultats moins satisfaisants; encore la plupart sont-ils en voie d'amélioration.

Tous ces malades ont été traités par le cathétérisme et les lavages, et il est possible d'espérer une diminution marquée de leur résidu.

Si l'on compare ces chiffres avec ceux de la prostatectomie péritonéale, nous voyons dans la statistique du D^r Rafin :

Rétention aiguë : 14 opérés, 5 ont gardé un résidu appréciable plusieurs mois après l'opération.

Rétention chronique avec distension modérée : 31 opé-

rés, 5 malades dépassant 100 gr. de résidu, 6 dépassant 50 gr.

Rétention avec grosse distension : 8 opérés, tous les malades ont gardé un résidu plus ou moins marqué.

Voici nos chiffres :

Rétention aiguë : 27 cas. Chez tous, résidu nul ou insignifiant.

Rétention chronique sans distension : 37 cas. Deux cas seulement de résidu persistant : 80 et 100 gr.

Rétention chronique avec distension : 11 cas. Trois ont gardé un résidu dépassant 100 gr.

Ici, la statistique nous semble sans discussion en faveur de la prostatectomie sus-pubienne.

La conclusion, qui nous semble se dégager de nos observations, est que, même si le malade conserve un fort résidu, il ne faut pas se décourager, surtout si c'est un ancien rétentionniste. Sondages et lavages réussiront très probablement à améliorer son état et à assurer sa guérison définitive.

Nous allons maintenant voir ce que devient la capacité vésicale après l'intervention chez les distendus.

Nous avons 14 observations rétentionnistes chroniques avec vessie plus ou moins distendue. Ces malades, après l'intervention, voient-ils rapidement leur vessie forcée revenir à l'état normal et à la capacité ordinaire ?

Le malade de l'obs. 7, dont il a déjà été question au sujet de son résidu, a gardé une très grande capacité vésicale après son opération. Après une injection de 700 gr. dans la vessie, il n'a pas encore envie d'uriner. Chez ce malade, qui était déjà un vieux rétentionniste, avec miction par regorgement et incontinence des uri-

nes, il paraît manifeste que l'opération n'ait pas produit une grande amélioration sur la vessie qui semble avoir été trop forcée pour revenir vite sur elle-même. Néanmoins, nous avons vu que les résidus de ce malade avaient progressivement diminué.

Le malade (obs.11) avait également conservé un fort résidu après son intervention. Avant l'opération, sa capacité vésicale était de 520 gr. Malheureusement nous n'avons pas trouvé, sur la feuille d'observation, d'indications sur la capacité après l'intervention. Tout nous porte à croire cependant que celle-ci avait dû rester assez grande, et que la vessie n'avait pas accompli, si nous pouvons nous exprimer ainsi, une « involution » suffisante.

Le malade (obs. 13) avait une distension légère, aussi sa vessie est-elle bien revenue après la prostatectomie (320 gr.), et le résidu a été nul très rapidement après l'opération.

Le malade de l'obs. 16 n'a pas d'indications au sujet de sa capacité après l'opération, mais son résidu resté élevé nous porte à croire que sa vessie n'est pas, très probablement, bien revenue sur elle-même.

Le malade (obs. 32) est entré avec une forte distension et de l'incontinence des urines par regorgement. Après la prostatectomie, sa capacité vésicale est retombée à 450 gr. et son résidu n'est que de 15 gr.

Le malade (obs. 41) avait une vessie forcée et de l'incontinence et cependant, moins d'un mois après l'intervention, sa capacité vésicale était réduite à 320 gr., avec résidu nul.

Il en fut de même pour le malade de l'obs. 57 qui,

également distendu et incontinent, vit pourtant sa capacité vésicale s'abaisser à 280 gr. et son résidu disparaître.

Malade (obs. 71) avait une vessie moyennement distendue avant l'opération. Après, sa capacité s'est abaissée à 200 gr. et son résidu à 0.

Celui de l'obs. 78, distendu et incontinent, ne porte pas de mention de la capacité vésicale sur sa feuille d'observation. Mais son résidu ayant disparu très rapidement, nous pensons que la vessie était bien revenue sur elle-même. D'ailleurs, quelquefois, l'importance du résidu n'est pas en relation avec la distension parce que, probablement, le canal est très libre.

Pas d'indications nettes au (80), mais le 83 vit, après l'intervention, sa capacité tomber à 250 gr., et son résidu à 3 gr. De même, pour celui du (84). Capacité 250 gr., résidu 10 gr.

En effet, et nous pouvons peut-être tirer cette conclusion de toutes les observations que nous venons d'exposer, qu'il semble y avoir une corrélation évidente entre la rétraction post-opératoire de la vessie, indiquant qu'elle a, en somme, recouvré sa tonicité un instant forcée, et la persistance plus ou moins longue du résidu. Une vessie, qui se contracte mal, se videra forcément mal, et pour qu'elle se contracte bien, ne faut-il pas qu'elle ait repris toute l'intégrité de sa musculature ? Mais encore n'est-ce pas complètement démontré.

En somme, nos distendus, sous ce rapport également, ont bénéficié de leur intervention puisque, sur 11 survivants, 9 ont vu leur capacité vésicale revenir à la normale et leur vessie se vider complètement.

2° *Etat des urines après la prostatectomie.* — Nos malades ont-ils bénéficié également de la prostatectomie sous le rapport de l'état des urines ? Beaucoup d'entre eux, en effet, avaient, à leur entrée à l'hôpital, des urines troubles et même purulentes : la prostatectomie les a-t-elle éclaircies et aseptisées ? Certains malades avaient des urines limpides : en aucun cas, la prostatectomie ne les a-t-elle troublées ? Nous renverrons, pour l'urine de chaque malade en particulier, à nos tableaux généraux et nous nous bornerons seulement à faire un résumé : Ainsi qu'on peut le voir en consultant les observations, les urines des malades ne se sont pas améliorées, du jour au lendemain, après la prostatectomie, et cela n'a, d'ailleurs, rien qui puisse nous surprendre. Il faut, en effet, plusieurs mois pour que l'urine d'un prostatique trouble, louche ou infectée, devienne sinon claire et limpide, du moins très améliorée. En effet, ces urines, troubles avant l'opération, et qui ne s'étaient pas éclaircies sous l'influence des lavages répétés, ne vont pas subitement s'éclaircir parce que l'obstacle prostatique n'est plus là. Evidemment, le barrage étant enlevé, le bas-fond vésical n'existe plus, le drainage de la vessie s'effectue bien dans la plupart des cas, mais encore faut-il du temps pour que ce drainage ait une action efficace, et transforme des urines troubles et purulentes en urines claires comme de l'eau de roche. Ensuite, il faut tenir compte de la plaie prostatique qui suppure jusqu'à ce qu'elle soit épidermée. Mais nous verrons que, plus le temps s'écoule depuis la prostatectomie, plus les urines s'éclaircissent. Un coup d'œil jeté sur nos tableaux démontrera, en effet,

que plus la prostatectomie est récente, plus les urines sont troubles. Et elles n'iront s'améliorant qu'à mesure que l'état général du malade se rétablira.

Si nous passons aux chiffres, nous verrons qu'il faut d'abord mettre à part nos 12 décès, et les 4 malades tout récemment opérés par le Dr Giuliani. Sur ces 74 malades, 42, qui avaient des urines troubles avant leur opération, ont vu leurs urines s'améliorer, les uns complètement, les autres un peu moins, mais, en somme, sous le rapport de l'état des urines, ces 42 malades ont bénéficié de leur intervention. La plupart, la grande majorité même, ont vu des urines très infectées redevenir limpides.

15 avaient des urines troubles avant l'intervention. Elles sont restées troubles après. Cependant, il y a beaucoup de circonstances atténuantes à cette non-amélioration évidente. Sans entrer dans des détails que l'on trouvera à l'obs. correspondante, on verra que sur le nombre de ces malades, on en a un qui a dû être opéré pour néphrotomie lombaire gauche, pour lithiase rénale infectée, et 2 lithotrities pour calculs (obs. 48). Un autre (obs. 9), d'ailleurs mort depuis, qui a présenté une dégénérescence de la loge prostatique avec extension à la vessie. Chez d'autres enfin, nous n'avons pu signaler l'état des urines qu'immédiatement après la fermeture de la fistule. Ces malades, nous l'avons dit, sont pour la plupart de la campagne, et pour beaucoup, nous avons dû nous contenter des renseignements donnés par lettre. Or, certains ont omis, malgré nos questions, de nous indiquer l'état actuel de leurs urines, se bornant à nous répondre qu'ils allaient parfaitement bien, sans plus.

Enfin, hâtons-nous de dire que presque tous ces anciens prostatectomisés, à urine non éclaircie, ont un état général excellent. N'est-ce pas la meilleure signature de la guérison des malades ? Les urines ne se sont pas éclaircies, mais l'état général s'est bien amélioré. C'est l'essentiel !

14 de nos malades avaient des urines limpides avant leur opération, et elles se sont conservées limpides après. Il n'y a aucun commentaire à faire pour cette catégorie. Mais 2 malades avaient des urines limpides avant la prostatectomie, et ont vu ensuite leurs urines devenir troubles. Nous allons les examiner successivement.

Malade de l'obs. 6, rétentionniste aigu. Urines très limpides avant la prostatectomie. Après la prostatectomie, urines assez claires, puis urines assez troubles, avec un peu d'albumine. Il n'en avait pas avant l'opération. Un cathétérisme difficile avait éveillé les soupçons sur la dégénérescence, mais le toucher rectal et les suites ont démontré que cette crainte devait être écartée. D'ailleurs, les urines étaient troubles, il y a 2 ans. Mais cette année, le malade nous écrit qu'il va parfaitement bien sous tous les rapports.

Obs. LXVIII. — Ce malade avait des urines très claires avant l'opération, un peu louches après. Mais est-on bien en droit de s'en étonner, le malade ayant été opéré le 9 août 1912, et les urines étant encore un peu louches le 25 septembre. Il semble bien que, très prochainement, elles seront redevenues aussi limpides qu'auparavant.

En somme, sur nos 2 malades, chez lesquels la pros-

tatectomie laissait des urines moins claires qu'auparavant, le dommage est fort léger. Les urines semblent devoir se clarifier, si elles ne le sont déjà. Tous les deux jouissent d'un état général excellent.

Sur nos 74 prostatectomisés, 56 ont actuellement des urines claires, et chez les 18 autres, elles vont s'éclaircir pour la plupart. Seuls, les malades présentant une affection intercurrente n'ont pas retiré de bénéfice de l'intervention sous ce rapport,

Si nous comparons encore la prostatectomie hypogastrique à la périnéale, nous voyons que celle-là peut soutenir, sous ce rapport, la comparaison avec celle-ci.

Des 23 prostatiques de Fayssé, 14 ont eu leurs urines clarifiées. Chez 9, les urines sont restées louches ou troubles. C'est à peu près la même proportion que pour les opérés par la méthode de Freyer, et cela ne peut nous étonner, les 2 méthodes ayant eu le même résultat : faire disparaître le bas-fond vésical, devront agir à peu près identiquement sur l'état des urines.

3° *De l'état des reins après la prostatectomie.* — Un grand nombre de nos malades avaient des reins plus ou moins touchés avant leur prostatectomie et présentaient un disque d'albumine assez important dans leurs urines. Se sont-ils améliorés après l'intervention, ou bien leurs lésions de néphrite ont-elles évolué? Un certain nombre étaient des polyuriques. Cette polyurie a-t-elle diminué? Autant de questions auxquelles nous allons essayer de répondre en parcourant rapidement, une fois de plus, nos observations. Mais il faut dire que

la plupart n'ont pas été examinés systématiquement avec les méthodes récentes.

Avant chaque opération, les D^{rs} Rafin et Giuliani pratiquent toujours un examen minutieux des régions rénales pour s'assurer si le rein ne serait pas perceptible à la palpation ou s'il n'est pas douloureux. Dans toute la série de nos observations, il y a à peine 2 ou 3 cas où un des reins ait été perçu ou une des régions rénales difficile à déprimer. L'opération fut pratiquée sans, d'ailleurs, aucune suite fâcheuse de ce côté. Quelques-uns ont été radiographiés avant l'opération. Le D^r Rafin est d'avis d'étendre, le plus possible, cette pratique. Les malades qui semblent avoir succombé à une néphrite ascendante, et dont nous avons parlé précédemment, n'avaient aucun signe du côté de leurs reins avant l'intervention.

D'autres prostatectomisés avaient eu des antécédents lithiasiques; chez quelques-uns, d'ailleurs, on a retiré au cours de la prostatectomie, un certain nombre de calculs vésicaux. Un de nos malades (obs. 48) a dû subir une lithotritie, une néphrotomie lombaire pour calcul, un an après sa prostatectomie. Un autre (obs. 36), une lithotritie, 2 ans après sa prostatectomie. Quelques-uns des opérés ont uriné des plâtras, des petits graviers plus ou moins longtemps après leur opération. Néanmoins, *nous n'avons jamais vu les concrétions phosphatiques s'accumuler*, comme le dit Albarran, *dans la loge prostatique* pour y former, en quelque sorte, une nouvelle prostate calcifiée et y nécessiter la lithotritie. Cependant, il convient de citer, ici, le malade de l'obs. 4 qui présenta de l'incrustation de sa plaie par des débris phosphatiques.

Il ne nous semble pas que la prostatectomie ait une influence notable sur l'évolution de ces accidents calculeux. Nos malades avaient un passé de diathèse urique ou phosphatique. Ils ont eu des accidents de ce côté après leur prostatectomie, mais il est probable que ces accidents se seraient produits quand même sans l'intervention.

Beaucoup, on peut presque dire le 1/4, au moins, de nos malades, avaient de l'albumine dans les urines avant l'intervention. Les uns en avaient des traces minimales, les autres un disque important. L'origine rénale, ou purulente, de l'albumine est difficile à préciser. Un examen minutieux de l'observation de chacun de ces malades ne nous a montré la disparition de cette albumine que dans quelques cas. Dans plusieurs autres, la quantité d'albumine a diminué, sans disparaître complètement. Cependant, cette constatation ne répond pas tout à fait à la réalité. En effet, un grand nombre de ces albuminuriques nous ont donné leurs renseignements par lettre. Ils nous ont dit, pour la plupart, que leurs urines étaient claires, mais, naturellement, sans nous donner d'autres détails. Nous ne pouvons, évidemment, conclure qu'ils n'avaient plus d'albumine, et pourtant, il est probable que beaucoup se sont améliorés, sinon guéris, sous ce rapport. Ensuite, la prostatectomie, tout en améliorant l'état général, tout en aidant au rétablissement des fonctions du tube digestif, ne peut pas complètement guérir le rein adulté. Malgré cette persistance de l'albumine dans un très grand nombre de cas, un seul des malades est atteint, pour le moment de néphrite interstitielle grave (obs. 59) ainsi que nous l'a

écrit son médecin. Encore cette néphrite est-elle apparue à la suite d'une grippe infectieuse. Beaucoup des malades de la campagne également, même ceux atteints d'albuminurie, ne suivent aucun régime, et boivent, au moins, un litre de vin par jour. Peut-être pourrait-on attendre de meilleurs résultats, sur ce sujet, si les malades albuminuriques, avant la prostatectomie, consentaient à se mettre à un régime lacté, ou même simplement adouci pendant les mois qui suivent leur opération.

Nous avons trouvé, en parcourant tous nos opérés, une trentaine au moins de polyuriques dépassant 1200 gr. d'urine par jour. Encore ce chiffre est certainement au-dessous du chiffre exact, car la quantité des urines avant, et après l'opération, n'a malheureusement pas été toujours notée. Quelques-uns de ces malades avaient une polyurie légère; d'autres, au contraire, atteignaient 2 litres, 2 lit. 500, et même 3 litres par jour. Nous ne pouvons pas dire que la prostatectomie les ait beaucoup améliorés. Nous n'avons, en effet, constaté la disparition de la polyurie que dans un cas, quelque diminution dans 5 ou 6 autres, mais, en résumé, la prostatectomie ne semble pas avoir eu une action bien manifeste ici.

D'ailleurs, la polyurie n'est-elle pas, en quelque sorte, fonction de l'albumine et là où cette dernière persiste témoignant de l'existence d'une lésion de néphrite interstitielle irréparable, est-on bien en droit d'espérer voir complètement disparaître celle-là. Ces malades sont des vieillards. On peut espérer, par l'intervention, leur éviter des accidents graves immédiats et une infirmité

pénible. On ne peut pas leur rendre des organes complètement neufs.

4° *Les fonctions digestives après la prostatectomie.* — Suivant l'heureuse expression du professeur Guyon, les prostatiques sont des « dyspeptiques urinaires ». Nombreux en effet ont été nos malades qui ont présenté des troubles variés de leur appareil digestif. Chez beaucoup, nous avons pu observer la langue rôtie des urinaires à leur entrée à l'hôpital. D'autres avaient seulement une langue vernissée ou une langue suburrale.

Symptôme presque constant, ces malades atteints de troubles digestifs, étaient tourmentés par une soif ardente. La plupart avaient perdu l'appétit consécutivement à leurs troubles de la miction. Enfin un assez grand nombre étaient atteints de constipation opiniâtre, car, comme l'a fort bien signalé le Dr Faÿsse dans sa thèse, il semble qu'il y ait un rapport assez constant entre la contractilité de la vessie et la contractilité du rectum, et que les malades atteints de stase vésicale soient portés, en quelque sorte, à faire de la rétention des fèces. Cette constipation n'est pas faite, d'ailleurs, pour améliorer l'état général des malades, et peut-être contribue-t-elle, chez beaucoup, à leur donner cette teinte subictérique, ce masque de dyspeptique grave que certains présentent à leur entrée à l'hôpital. Et bien, la prostatectomie transvésicale, comme, d'ailleurs, la prostatectomie périnéale, semble avoir rapidement amélioré tout cela. Les selles sont redevenues régulières après une courte phase de constipation post-opératoire,

la langue s'est décapée, la soif a disparu, et conséquence de cette sédation, l'appétit est revenu.

Seuls, 3 de nos malades n'ont pas vu leur état digestif s'améliorer sensiblement : Un, parce qu'il a conservé de l'incontinence des urines (obs. 27) ; un autre, qui a toujours un fort résidu trouble et malodorant, a gardé de la constipation et de l'anorexie ; le 3^e enfin, après une bonne période, a été atteint, nous écrit son médecin (le D^r Fournial, de Clermont), de troubles digestifs qui font penser à un cancer gastrique probable (obs. 66).

A part ces 3 exceptions, les fonctions digestives ont été remarquablement améliorées par la prostatectomie. Mais il faut bien dire que, chez un grand nombre, l'amélioration avait commencé à l'hôpital même, avant l'intervention, sous l'influence du cathétérisme évacuateur progressif et des lavages répétés de la vessie infectée.

5° *Les fonctions génitales après la prostatectomie.* — La prostatectomie périnéale, dans la plupart des cas, compromettrait beaucoup les fonctions génitales des opérés. Faÿsse, dans sa thèse, conclut à la suppression de ces fonctions dans la grande majorité des cas : Piolenc est légèrement plus optimiste. Enfin, M. le D^r Rafin, dans le résumé qu'il a publié sur ses périnéales, trouve une dizaine de prostatectomisés ayant eu des rapports sexuels 3 à 4 mois après leur opération et pouvant encore pratiquer le coït une fois par mois environ. Il en conclut que les sujets jeunes et bien conservés pourront avoir quelque espoir de conserver leur virilité.

Avec la prostatectomie transvésicale, les résultats sur

ce sujet nous ont semblé bien préférables, si nous en croyons les assertions d'un grand nombre des opérés.

Sur cette question délicate, une quarantaine de malades nous ont répondu : 22 ont pu avoir des rapports sexuels à peu près normaux dans un laps de temps dont le minimum est de 2 mois après l'opération.

Quelques autres malades reconnaissent avoir eu quelques érections et quelques sensations voluptueuses en rêve. Certains, au contraire, sont complètement impuissants. Un n'a pas pratiqué le coït depuis son opération, mais, nous a-t-il dit, « il en aurait parfaitement la force. »

Sur les 21 malades qui ont pu avoir des rapports sexuels, nous en avons eu un qui a dépassé 70 ans. Les autres sont des hommes relativement jeunes pour des prostatiques et ont de 50 à 65 ans environ. Parmi ceux-ci, les résultats ont été, nous semble-t-il, encourageants, puisque plusieurs pourront encore pratiquer le coït plusieurs fois par mois, un même tous les 5 jours. Un autre nous écrit être, sous ce rapport, aussi vaillant qu'à 20 ans.

Néanmoins, la plupart de ces malades résument ainsi leurs impressions : sensation à peu près la même, mais plus de liquide, et, suivant l'expression assez originale d'un malade du Dr Rafin : « Même plaisir, mais plus d'huile dans la lampe. » En effet, si la sensation semble à peu près conservée chez les prostatectomisés, il n'en est pas de même de l'éjaculation qui est nulle ou, du moins, très amoindrie.

3 seulement nous ont dit n'avoir rien de changé et pouvoir encore émettre du sperme? Un certain nombre

d'autres ont été frappés par la diminution du liquide spermatique; deux nous ont écrit sur ce sujet que le liquide émis maintenant était bien moins consistant qu'autrefois :

« Ce n'est plus de la crème, c'est du petit-lait », nous disait un de ces malades.

Cette intégrité relative des fonctions génitales après une opération qui semblait devoir les compromettre si gravement, est assez remarquable. Malgré l'emploi presque systématique de la ligature des déférents, le liquide peut être du sperme. Il manque cependant le liquide testiculaire. La prostate n'est-elle pas une glande essentiellement génitale? N'est-ce pas elle qui fournit la grande majorité du liquide séminal? Comment se fait-il que, malgré son ablation dans plusieurs cas, l'éjaculation n'ait pas été complètement abolie? Nous croyons en trouver une explication plausible dans Albarran. Ainsi qu'il le fait très justement remarquer, dans la prostatectomie sus-pubienne, le doigt, qui contourne la portion hypertrophiée de la glande, n'enlève pas la prostate dans sa totalité : sur la ligne médiane, en allant de la vessie vers l'urètre, le doigt passe en avant des canaux éjaculateurs et ne dépasse pas leur point d'ouverture urétrale. La portion de la prostate qui se trouve au-dessous et en arrière de ces canaux reste en place. Les vésicules séminales et une partie de la glande étant respectées, il nous semble qu'il n'y ait rien d'étonnant à ce qu'il y ait encore du liquide séminal émis à l'éjaculation; mais la partie testiculaire fait défaut.

Un article de Nicolas Scotta, dont la traduction par

le Dr Giuliani a paru dans le *Journal d'Urologie*, est particulièrement intéressant sous ce rapport. L'auteur a opéré 27 chiens.

« 14 fois l'urètre prostatique a été conservé avec les orifices des canaux déférents ; 13 f. l'urètre prostatique a été enlevé sur une plus ou moins grande étendue, en supprimant les orifices des déférents, sauf dans 2 cas, où ils ont pu être respectés. Dans tous les cas, l'ablation de la prostate a été absolument complète. 12 animaux ont survécu à l'opération.

Résultat 2 : La cicatrice, qui réunit la vessie à l'urètre, est recouverte d'un épithélium qui se continue avec celui de la muqueuse vésicale et celui de la muqueuse uréthrale. Elle a la forme d'un entonnoir dont la partie évasée regarde la vessie. L'auteur n'a jamais constaté de sténose uréthrale, même 2 ans après.

Après la prostatectomie, on note la persistance, autour de la portion initiale de l'urètre, d'une couche musculaire striée, qui est plus externe et qui représente le sphincter externe trié de l'urètre, et une couche plus interne à fibres lisses, qui est un reste des fibres musculaires lisses circulaires de la tunique musculaire de l'urètre ; ces dernières fibres sont suffisantes pour assurer la continence de l'urine, qui est toujours parfaite à la suite de la prostatectomie.

Sur des chiens opérés depuis 2 ans, la prostate ayant été enlevée bien complètement, l'auteur a constaté que :

- 1° L'érection était normale ;
- 2° Le coït s'accomplissait normalement, mais avec absence d'éjaculation ;
- 3° Les testicules sécrétaient du sperme, qui n'était

jamais éjaculé au méat urinaire, soit après la masturbation, soit pendant le coït.

Le sperme recueilli par une fistule du déférent contenait des spermatozoïdes très abondants, mais dépourvus de mobilité.

En somme, les animaux opérés avaient une spermatogénèse normale, une érection normale; il ne manquait que l'éjaculation normale; le sperme tombait dans la vessie, au lieu de sortir par le méat urinaire, ce que l'auteur explique par les changements de rapports anatomiques, et par les modifications dans l'action des fibres musculaires et du sphincter strié qui entoure l'urètre.

La prostate est donc nécessaire à l'éjaculation; elle est nécessaire aussi pour diluer le sperme et rendre plus vivants les spermatozoïdes. »

Sous ce rapport, la transvésicale présente un avantage marqué sur la périnéale.

En effet, beaucoup de malades, prostatiques jeunes, ne peuvent envisager l'idée d'être condamnés à l'impuissance pour le restant de leurs jours, et certains préféreraient courir encore les dangers du cathétérisme que de s'exposer presque sûrement à l'inconvénient précité. Eh bien, il nous semble que le chirurgien soit en droit de leur laisser entrevoir le rétablissement possible de leurs fonctions génitales après la guérison de leur prostatectomie, et cela sans attendre par trop longtemps puisque la plupart de nos prostatectomisés, pouvant avoir encore des rapports sexuels, ont vu leur virilité réapparaître moins de six mois après l'intervention.

Il faut remarquer ensuite que la plupart de ceux qui n'ont plus de rapports actuellement sont d'un âge où les désirs s'éteignent, et que beaucoup avaient cessé tout coït bien des années avant leur intervention, et qu'enfin, aucun d'eux ne regrettait sa virilité disparue. A cet âge d'ailleurs, la prostatectomie, même suivie d'impuissance, nous semble bien préférable aux dangers et aux souffrances du cathétérisme quotidien.

Avant d'en finir avec ce chapitre, nous jetterons un rapide coup d'œil sur une question envisagée déjà par le Dr Rafin au sujet de ses périnéales. Les malades assez jeunes, qui n'ont plus de rapports sexuels possibles, sont-ils ceux qui vident mal leur vessie? Il est difficile de pouvoir répondre d'une façon précise sur ce sujet. Evidemment, chez 2 de nos malades assez jeunes, ayant un résidu de 150 à 500 gr. persistant, les rapports ont été nuls ou infructueux; mais chez d'autres, ayant encore un peu de résidu, le coït a pu être pratiqué quelques mois après l'intervention. Néanmoins, il nous semble que, dans les 2 cas précités, la persistance du résidu ait eu une influence marquée.

Malgré les résultats encourageants sur cette question, nous pensons, avec Faÿsse, que le chirurgien sera prudent, tout en laissant au malade l'espérance très forte de voir ses fonctions génitales persister après l'opération, de lui dire que, dans quelques cas malheureux, l'impuissance a été consécutive à la prostatectomie.

6° *Modifications de l'état général.* — L'état général de la plupart de nos prostatectomisés s'est amélioré

d'une façon surprenante presque aussitôt après l'opération. Certains malades, entrés à l'hôpital avec un teint jaune paille de vieux cancer gastrique, fébricitants amaigris, améliorés déjà par le traitement pré-opératoire, nous ont donné, après la prostatectomie, le spectacle réconfortant d'une véritable résurrection. Beaucoup nous ont écrit; depuis, que, chaque jour, ils se louaient d'une opération qui, non seulement, les avait débarrassés du cathétérisme devenu nécessaire et des angoisses de la rétention, mais encore qui leur permettait d'uriner normalement et de se livrer à des travaux corporels pénibles. Les éventrations, nous l'avons dit, ont été exceptionnelles et ont, tout au plus, nécessité le port d'une ceinture et, ce qui nous semble une preuve de leur reconnaissance d'avoir été soulagés de leur pénible infirmité, c'est l'empressement qu'ils ont mis à répondre, ou à venir se montrer aux consultations des Docteurs Rafin et Giuliani.

Néanmoins, chez quelques malades, l'état général a laissé à désirer. Voici les principaux :

Obs. I. — Malade mort 3 mois après son intervention avec des troubles cérébraux. Était-ce bien un prostatique ?

Obs. V. — Mort, subitement, au bout de 14 mois, après un état général et urinaire parfaits.

Obs. IX. — Ce malade, qui s'était trouvé beaucoup mieux après sa prostatectomie, a vu son état général se gâter et il a fini par succomber à une récurrence de cancer de la prostate.

Obs. XXIII. — Mort, brusquement, 2 mois après, par embolie.

Obs. XXVII. — Après une urétrotomie externe, nécessitée par un rétrécissement, le malade a de l'incontinence. Etat général passable. Attaque d'hémiplégie assez bien guérie. En somme, malade se portant médiocrement.

Obs. XXXI. — Malade ayant toujours conservé un résidu. Etat général laisse toujours à désirer. Langue très chargée, rôtie.

Obs. XLVIII. — Malade a dû être opéré d'une néphrotomie lombaire gauche pour calcul. Son état général s'améliore.

Obs. LIX. — Malade atteint de néphrite interstitielle un an après son opération.

Obs. LXVI. — Après une période d'amélioration : symptômes de cancer de l'estomac.

Obs. LXVII. — Mort, 3 mois après, de myocardite sénile, avec un état urinaire excellent.

Obs. LXXVIII. — Mort d'une artérite de la jambe gauche 2 ans après l'opération. Son état général avait été longtemps excellent.

Obs. LXXXI. — Malade mort subitement peu après son opération. Son état urinaire était parfait.

Obs. LXXXIII. — Mort de bronchite 3 mois après. Etat urinaire excellent.

Ainsi qu'on peut le voir sur tous les prostatiques que l'on vient de citer, la plupart sont morts d'une affection intercurrente qui n'a rien à voir avec l'intervention.

Il ne faut pas oublier que nous envisageons ici des hommes d'un âge très avancé et susceptibles d'être emportés, un jour ou l'autre, par une des innombrables maladies qui guettent les vieillards.

CHAPITRE V

Des indications de la prostatectomie.

Dans la prostatectomie sus-pubienne, l'indication semble être la règle, et la non-indication, l'exception. Néanmoins certains points restent discutables à ce sujet, et nous les passerons rapidement en revue. Nous suivrons ici, comme d'habitude, les divisions de la thèse de Fäysse, et nous verrons successivement si l'on peut trouver des contre-indications provenant :

- a) de la période de la maladie ;
- b) de l'âge des sujets ;
- c) du volume de la prostate ;
- d) de l'état général ;
- e) de certains accidents survenus au cours de la maladie : hématurie, infection, calculs et affections rénales.

a) *Période de la maladie.* — Doit-on opérer sitôt que le chirurgien a posé le diagnostic d'hypertrophie prostatique ? En d'autres termes, doit-on opérer dès la première crise de rétention aigüe ou à la période de dysurie ? Tous les chirurgiens, ou à peu près tous, sont d'accord sur ce sujet : au début, à la phase de congestion, il vaut mieux attendre et employer les moyens palliatifs. Freyer le dit lui-même, quand il parle des patients présentant des symptômes d'hypertrophie à

son début et ne fournissant, par la sonde, que 30 à 60 gr. d'urine résiduelle. Dans ce cas, dit-il, il n'est pas nécessaire, et mieux, il ne faut pas conseiller d'enlever la prostate, parce que l'hypertrophie de cet organe n'est pas encore assez proéminente dans la vessie, ou que les lignes de démarcation, entre la capsule vraie de la prostate et la gaine, ne sont pas encore bien définies.

La crise de rétention aiguë, n'est en somme qu'un orage que le cathétérisme aseptique et régulier a souvent dissipé. Le malade, parfois jeune encore à cette date, acceptera difficilement l'idée d'une intervention qui, pour le débarrasser d'une infirmité dont il a à peine senti les premières atteintes, compromettra, dans une certaine mesure, son existence et son avenir génital. Beaucoup préféreront le cathétérisme et ses ennuis à cette perspective. Cependant, le chirurgien peut bien la pratiquer, si le malade le désire, l'opération est ainsi moins dangereuse. Il est notamment préférable de ne la point retarder si l'on a affaire à un malade éloigné, peu capable de se sonder aseptiquement, ou dont le cathétérisme présente des difficultés.

La première indication de la prostatectomie, c'est donc la rétention tendant à passer à l'état chronique. Voici un premier principe énoncé : il est préférable de ne pas opérer un prostatique à la 1^{re} phase de congestion, alors qu'une crise passagère de rétention aiguë a révélé son affection. C'est d'ailleurs à cette période que le malade est le plus susceptible de bénéficier d'une bonne hygiène en évitant soigneusement les causes de congestion : longue station assise, constipation, excès de table ou de boisson, excès de coït. A cette période, l'opéra-

tion dépend donc de l'appréciation du chirurgien et du désir du malade.

Il est un second principe qu'on doit poser avec plus de fermeté encore : On ne doit pas opérer une rétention chronique en pleine distension, à son entrée à l'hôpital. Il faut savoir distinguer un malade qui arrive avec une vessie pleine après une crise de rétention aiguë : vessie forcée, et un véritable distendu qui urine par regorgement, sans souffrance de ce côté, avec une vessie dépassant quelquefois l'ombilic. Les symptômes subjectifs ne sont pas ici du côté de la vessie, mais bien du côté de l'état général. Ce sont ces derniers malades qu'il importe d'entourer de soins, et dont il faut bien faire attention à ne pas vider la vessie trop vite.

Nous avons déjà vu, et nos observations semblent le démontrer, qu'un rétentionniste chronique distendu est capable de voir sa vessie revenir à des dimensions normales après l'intervention. Mais pour cela, il faut qu'un traitement préalable — et ce traitement doit souvent être long — ait, pour ainsi dire, préparé les voies. En résumé : rétention chronique complète, rétention chronique incomplète, même avec distension, ne posent nullement une contre-indication ; mais il faut savoir attendre, et ne pas faire courir à un distendu en mauvais état, même non infecté et non fébricitant, les risques d'une intervention trop hâtive.

Jusqu'ici, le D^r Rafin n'a pas considéré la prostatectomie comme une opération à faire d'urgence. Il faut laisser calmer l'affection, par des soins de chaque jour, comme on laisse se refroidir une appendicite à chaud. Nous avons vu beaucoup de nos malades arriver à

l'hôpital avec un état général déplorable : mictions par regorgement, teint jaune paille, subictère des conjonctives, poussées fébriles, amaigrissement, soif, anorexie, constipation, langue rôtie, en un mot, toute la séquelle des accidents que peut entraîner une hypertrophie prostatique avec distension et urines infectées. Eh bien, au bout d'un traitement préalable que mes maîtres savaient faire durer aussi longtemps qu'il le fallait, nous avons la satisfaction de voir ces vieillards épuisés et cachectiques renaître, pour ainsi dire, sous l'influence des cathétérismes évacuateurs, des lavages ou de la sonde à demeure, supporter, sans accroc, une intervention qui les eût terrassés infailliblement à leur entrée, et quitter l'hôpital, pour ainsi dire rajeunis de 10 ans.

Enfin, et nous l'exposerons au sujet de la technique opératoire, les D^{rs} Rafin et Giuliani n'ont pas hésité, quand ils l'ont jugé nécessaire, à pratiquer la prostatectomie en deux temps qui diminue beaucoup les risques que court l'opéré. Ils l'ont notamment pratiquée lorsque des malades ont présenté une difficulté extrême de cathétérisme dans une rétention aiguë, ou lorsque le cathétérisme s'est montré mal supporté par le malade (trop douloureux ou hémorragipare), et aussi chez les distendus.

Nous allons jeter un coup d'œil sur les 3 groupes de prostatectomisés à ce sujet :

1^{er} GROUPE : *Rétentions récentes avec symptômes dysuriques antérieurs.* — Nous voyons que, dans ce groupe, les opérés avaient tous, derrière eux, un long passé dysurique et qu'on a toujours attendu que la première crise

de rétention aiguë vint démontrer une évolution marquée de l'hypertrophie prostatique. Le plus grand nombre des malades avait présenté, au moins, 2 ou 3 crises de rétention aiguë traitée par le cathétérisme, lorsque les D^{rs} Rafin et Giuliani se sont décidés à intervenir. Les opérés le plus rapidement souffraient déjà, depuis 6 mois au moins de dysurie, et nombreux étaient ceux qui avaient des alertes depuis plus de 5 à 6 ans. Chez la plupart, les résidus dépassaient de beaucoup 100 gr. Chez les malades de cette catégorie néanmoins, le traitement préalable ne fut pas très long, 1 à 2 semaines tout au plus, et encore n'est-il pas toujours nécessaire.

Chez ceux qui arrivent en pleine crise de rétention, on vide progressivement la vessie par les lavages substitutifs. Quand l'urine est trouble ou infectée, on essaie de la clarifier par les lavages, nitratés légèrement, et l'on pratique, en somme, assez rapidement la prostatectomie.

2^e GROUPE : *Rétentions chroniques complètes.* — Pour les malades du 2^e groupe, malades atteints de rétention chronique complète, et soumis à la sonde depuis un temps plus ou moins long, l'intervention a été presque aussi hâtive. Quand ces malades avaient des urines sales : sonde à demeure, lavages ou cathétérismes réguliers pendant quelques jours, puis intervention. Tous s'en sont bien trouvés puisque le D^r Rafin n'a eu, dans cette série, aucun décès à déplorer. Chez 2 malades, il a pratiqué la cystostomie préalable.

3^e GROUPE : *Rétentions chroniques incomplètes.* — Ici,

il faut placer 2 catégories : les *non distendus* et les *distendus*. Pour les premiers, les D^{rs} Rafin et Giuliani ont agi, ici, comme nous l'indiquions précédemment. Dans les cas où l'urine n'était pas infectée, et où l'état du malade ne le contre-indiquait pas, après quelques jours de lavages, ils sont intervenus. Si le malade avait de la fièvre, des urines troubles, ils l'ont fait attendre d'une à plusieurs semaines, ou même à plusieurs mois. Dans un assez grand nombre de cas, ils ont pratiqué l'opération en deux temps qui assure un meilleur drainage et permet de faire des lavages plus efficaces.

Distendus. — Pour les distendus, les soins sont un peu spéciaux et nous croyons qu'il est utile d'y insister. Ainsi que M. le D^r Rafin nous l'a toujours répété : on ne doit jamais vider complètement la vessie d'un distendu du premier coup. Un cathétérisme évacuateur complet est, dans ce cas, un danger de mort terrible pour le malade. Mieux vaudra alors pratiquer la taille d'emblée. Mais ce que nous avons vu faire le plus souvent chez les distendus, c'est la méthode des lavages substitutifs avec évacuation progressive qui arrivent à « sécher » une vessie en quelques jours, sans risques pour le malade. A l'arrivée de celui-ci à l'hôpital, on lui retire de la vessie 500 gr. d'urine *au maximum*. Puis on pratique les lavages substitutifs qui consistent à enlever 100 gr. de résidu que l'on remplace par 100 gr. d'eau boriquée ou d'eau nitratée. On continuera ainsi jusqu'à ce que l'eau du lavage soit complètement claire. On fera de même, chaque jour, jusqu'à ce que le malade vidant complètement sa vessie, on puisse pratiquer l'*intervention*. Cette méthode exige énormément

de soins et de régularité. En cas de lavage nitraté, il est inutile de substituer complètement l'eau de lavage à l'urine, celle-ci étant ainsi transformée en un milieu aseptique.

On doit considérer, comme une règle absolue, de ne jamais placer la sonde à demeure chez un distendu. Néanmoins, dans certains cas, quand le cathétérisme est contre-indiqué: difficile, douloureux, hémorragique, on peut faire exception à cette règle à condition que, la sonde étant bouchée par un fosset, on puisse enlever, toutes les fois que le malade souffre la nuit, une petite quantité d'urine. Ces malades, étant de gros polyuriques, on n'a pas à craindre l'évacuation complète de la vessie de cette façon. Il y a toujours, sous l'influence du traitement, une diminution assez remarquable de la polyurie chez ces malades.

La prostatectomie d'emblée chez un distendu, n'est pas une bien bonne opération, et je ne l'ai vu pratiquer qu'une fois, par le Dr Rafin, chez un malade qui est mort le surlendemain d'une rachistovainisation.

Nous placerons ici la question du cancer de la prostate. Doit-on essayer d'extirper la prostate dégénérée? Nous répondrons par la négative, au moins avec la technique employée pour l'hypertrophie simple, pour la plupart des cas, car nous avons toujours vu nos maîtres agir ainsi. La prostate est un organe qui a trop de connexions avec son voisinage pour qu'on puisse espérer un bon résultat. Nous en avons eu un cas nettement récidivé avec extension à la vessie dans nos observations. Mais, par contre, un autre cas où l'examen histologique démontra un épithélioma. La récurrence ne

s'est pas encore produite, et cela près de deux ans après l'intervention.

Nous n'insisterons d'ailleurs, pas davantage sur cette question, le cancer de la prostate ne faisant pas le sujet de notre thèse.

b) *Age du malade.* — Nous verrons qu'en général il importe peu. Nous avons vu opérer un grand nombre de prostatiques ayant dépassé 70 ans. Un avait même plus de 80 ans. Ils ont, en général, fort bien supporté l'opération, et ne nous ont pas fourni une mortalité sensiblement plus forte que les jeunes. Du reste, il suffit de se reporter au paragraphe que nous avons consacré à la mortalité suivant l'âge. Dans une de ses conférences, Freyer parle des « résultats complètement satisfaisants » de 19 octogénaires prostatectomisés. Il recommande seulement de s'assurer, dans ces cas, du bon fonctionnement des organes vitaux, particulièrement des reins, et de n'entreprendre l'opération que si l'on est sûr de la constance des soins et du zèle des infirmiers aux mains desquels les malades seront confiés.

Peut-on opérer les prostatiques jeunes? Oui, lorsque les circonstances paraissent le nécessiter; mais en prévenant le malade d'une disparition possible de sa virilité, ainsi que nous l'avons déjà dit. Il nous semble donc qu'ici, l'état général a bien plus d'importance que l'âge. Il est des vieillards robustes qui supporteront mieux une intervention que des hommes d'âge moyen épuisés.

c) *Du volume de la prostate.* — Aucune contre-indication ne peut être posée à ce sujet. Qu'il nous suffise de

dire, après Freyer, que le poids optima pour l'ablation de la prostate hypertrophiée est de 60 à 80 gr. Au-dessous, les petites prostates sont difficiles à énucléer, et j'ai vu le Dr Rafin avoir parfois beaucoup de mal à enlever une prostate de 7 à 10 gr. Nous avons vu, au chapitre de l'anatomo-pathologie, pourquoi ces prostates de petites dimensions causaient parfois plus de troubles urinaires que les grosses prostates.

Au sujet des très grosses prostates, Freyer reconnaît que l'on peut éprouver de grandes difficultés : « mais des prostates de plus vastes dimensions peuvent être traitées de façon similaire quoique celles dont le volume est énorme présentent des difficultés considérables, surtout celles qui sont serrées derrière l'arcade pubienne; il est fort pénible d'atteindre avec le doigt, les portions dorsales de la tumeur appliquées contre le rectum et le ligament triangulaire, le doigt cherchant à séparer la capsule de la gaine qui l'entoure. »

Néanmoins, il ne nous semble pas qu'il y ait jamais matière à contre-indication. Parmi les prostates de nos opérés, deux dépassaient 200 grammes, et elles n'ont pas donné lieu à d'exceptionnelles difficultés d'énucléation.

d) De l'état général. — Evidemment, il ne faut pas opérer les cachectiques et les œdématiés. Tout malade, porteur d'un cancer viscéral ailleurs qu'à la prostate, doit également être respecté. Une lésion du cœur bien compensée, un emphysémateux, qui n'est pas sous le coup d'une poussée aiguë, peut et doit être opéré. Dans ce cas, on pourra faire utilement une rachi-anesthésie.

Parmi les opérés du D^r Giuliani, on a pu voir qu'il y a un diabétique qui a fort bénéficié de l'intervention sans aucune espèce d'accident ; et parmi ceux du D^r Rafin, le malade de l'obs. 17 présentait une glycosurie assez marquée.

Nous disons, pour l'état général des autres, ce qui a été dit précédemment : si le malade est en mauvais état à son entrée à l'hôpital, lui faire le traitement approprié : sonde ou taille hypogastrique, et bientôt il pourra supporter l'opération.

Avant de terminer ce paragraphe, il est bon, nous semble-t-il, de consacrer quelques lignes à l'état rénal des malades.

Il ne faut pas opérer un prostatique avant de s'être assuré du bon fonctionnement de ses reins. Il conviendra donc de pratiquer, chez les malades, soit l'épreuve du bleu de Méthylène, soit de faire la constante uréique d'Ambard sur laquelle insiste tout particulièrement Monsieur le Professeur Gayet de Lyon dans un article du *Lyon médical* 1913.

e) Accidents survenus au cours de la maladie.

1^o HÉMATURIE. — Plusieurs de nos malades ont eu des hématuries, certains même des hématuries répétées. Nous avons toujours vu l'intervention les faire disparaître complètement. Donc l'hématurie est une indication. Néanmoins, chez un prostatique arrivant avec des hématuries répétées et inquiétantes, on pourra pratiquer l'opération en deux temps : cystostomie, puis plus tard, prostatectomie.

2° INFECTION. — Encore une indication de l'opération. Néanmoins, on peut et on doit, avant d'opérer, essayer d'éclaircir et d'améliorer les urines par la sonde à demeure ou les lavages. Encore faut-il savoir distinguer si les urines sont troubles par infection vésicale, ou si l'on doit chercher plus haut, du côté du rein. Ainsi que le fait remarquer Faÿsse, la prostatectomie a l'excellent résultat d'assurer le drainage de la vessie en faisant disparaître le bas-fond vésical.

3° CALCULS VÉSICAUX. — De même la prostatectomie permettra de les enlever et empêchera davantage leur récurrence en faisant disparaître l'arrière-fond où ils s'accumulaient. Dans plusieurs des prostatectomies précitées, il y a eu ablation de calculs plus ou moins volumineux et plus ou moins nombreux. Il faut, d'ailleurs, dire que, dans ce cas, l'ablation des calculs n'empêche pas toujours la récurrence, ainsi qu'on peut le voir chez le malade de l'obs. 48 qui dut subir, après sa prostatectomie, 2 lithotrities et une néphrotomie (1), ainsi que chez le malade de l'obs. 36 revenu tout récemment pour subir une lithotritie.

Les indications et contre-indications de l'opération étant posées, nous allons passer à la technique opératoire. Néanmoins, avant d'y arriver, il nous a paru intéressant de consacrer un chapitre à l'anesthésie. Nous avons, en effet, employé dans certains cas, l'anesthésie générale et, dans d'autres, l'anesthésie par la rachi-anesthésie.

(1) Thèse de Barnaud thèse de Lyon 1912-1913.

CHAPITRE VI

L'anesthésie chez nos prostatectomisés.

A l'hôpital Saint-Joseph, ainsi que dans tous les hôpitaux de Lyon et de la région lyonnaise, nous employons l'éther comme anesthésique préféré. On a trop discuté sur cette question pour qu'il soit utile d'énumérer ici ses avantages et ses inconvénients. Comme autre anesthésique, très employé d'ailleurs, dans le service du Dr Rafin, nous avons le Bilioth : éther, chloroforme, alcool. Cet anesthésique a, comme avantages, d'être moins dangereux pour le poumon que l'éther, moins dangereux pour le cœur que le chloroforme. J'ai eu l'occasion, au cours de deux années pendant lesquelles j'ai eu l'honneur d'aider M. le Dr Rafin, de voir quelques alertes au Bilioth au milieu de l'opération. Toujours je les ai vues bien se terminer, et au bout de quelques mouvements de respiration artificielle, le malade revenait à lui et supportait bien la fin de l'opération.

Parmi les quelques malades que nous avons eu le regret de perdre de pneumonie, il ne nous semble pas que l'éther ait pu être incriminé. Un seul, le malade de l'obs. 63 avait été endormi par cet anesthésique. D'ailleurs, nos malades en prennent des quantités minimes, surtout depuis 2 ans où nous employons dans nos services le masque d'Ombredanne.

Dans un assez grand nombre de cas, le D^r Rafin, devant l'état du malade assez précaire, a dû devoir recourir à l'anesthésie lombaire en employant, soit la stovaïne, soit la novocaïne. Nous pensons qu'il serait intéressant de publier un résumé de l'anesthésie dans ces cas :

Obs. XVI. — A. Ber..., 58 ans : *quantité d'anesthésique injectée* 6 à 7 cgr. *Début de l'anesthésie* : 3' après l'injection. *Durée de l'anesthésie* 1 h. 30. Particularité : injection facile. Anesthésie complète jusqu'à la ligne ombilicale. Ligature des déférents. Prostatectomie. Durée 3/4 d'heure. Le malade commence à sentir une douleur confuse dans le bas-ventre 1 h. 15 après l'injection. Au bout de 1 h. 1/2, la sensibilité est revenue jusqu'au genou. 2 heures après sensibilité et motilité normales. Pendant l'opération, quelques nausées. Pouls à 60. Suites opératoires bonnes, sans complication ultérieure pouvant être rattachée à la rachi.

Obs. XVII. — Père Ga..., 62 ans. *Quantité stovaïne* 0,07 centigr. *Début* : 5 minutes. *Durée* 2 heures. Anesthésie complète au bout de 5 minutes. Etat subsyncopal au début de l'opération. Piqûre de caféine. *Suites* : depuis le jour de l'opération jusqu'à son départ, le malade se plaint de diplopie (parésie du D^t externe gauche signalée par le D^r Jacqueau. A guéri par la suite). Un mois après, incontinence des matières fécales pendant la nuit, à 2 reprises. Actuellement, il se plaint de retenir difficilement ses fèces. Va particulièrement bien par ailleurs.

Obs. XVIII. — S. Mi..., 69 ans. *Quantité* : stovaïne 0,07 cgr. *Début* 5'. *Durée* 2 h. Le malade a été bien pen-

dant toute la durée de l'opération : 45'. Pourtant, à la fin, il se plaignait d'une cuisson légère. Deux heures après environ, le malade commence à bouger les pieds et les genoux. 3 h. 1/2 après l'anesthésie avait complètement disparu. Suites très bonnes.

Obs. XIX. — J. Fo..., 73 ans. *Quantité* : stovaïne 0,05 à 0,06 cgr. *Début* 7'. *Durée* . Anesthésie suffisante. Le malade se plaint de sentir quelque peu pendant l'opération. Hypertension artérielle nette. Pouls 88. Accident post-opératoire : hydrothorax double, dyspnée d'origine urémique. Guérison.

Obs. XXI. — F. Cos..., 59 ans. *Quantité* : stovaïne 0,13 cgr. Une 1^{re} injection de 0,08 cgr. ne donne pas d'anesthésie, 20' après l'injection, le malade a vu se diminuer notablement la motilité, mais la sensibilité persiste entière. On fait une 2^e injection de 0,05 environ, et 6' après, on commence la toilette scrotale (éther). Le malade ne sent rien. L'incision de la peau hypogastrique est un peu douloureuse. La vessie est remarquablement flasque. Le soir, à 6 h., le malade ne remue encore que les pieds. La sensibilité était revenue moins bien à gauche qu'à droite. Le lendemain, à son réveil seulement, le malade s'aperçoit qu'il peut remuer les jambes. Suites bonnes.

Obs. XXII. — C. M. Dut..., 70 ans. *Quantité* : stovaïne : 0,08. *Début* : très rapide. *Durée* 3 heures. Anesthésie complète. Syncope dès le premier quart d'heure. Puis, anesthésie générale, ou plutôt somnolence (grimaces quand on excite les joues) avec myosis, bâillements, respiration régulière, pouls faible, mais régulier. N'ouvre les yeux spontanément et ne parle qu'au

bout d'une heure environ. Puis grande excitation toute la journée. Mact 2. En somme, le malade se comporta dans la rachi comme pour une anesthésie générale. A rapprocher d'un cas semblable que Mariachen (d'Odessa) a communiqué au Congrès d'Urologie il y a 2 ans.

Obs. LI. — Claude P. R..., 67 ans. *Quantité stovaine* : 0,09. *Début* 7'. Au bout de 7', le malade ne sent pas l'incision pour le canal déférent.

L'anesthésie n'est pas absolue sur le ventre, de sorte que le malade souffre un peu. A 3 h. de l'après-midi, la motilité n'est pas revenue entièrement dans les jambes. Suites bonnes.

Obs. LXIII. — F. Go..., 72 ans : 0,10 *cgr. de novocaïne*. Au bout de 12', malade remue les jambes, mais ne fléchit presque pas les genoux. L'anesthésie remonte jusqu'à la fistule hypogastrique à 0,12 cm. environ au-dessous de l'ombilic. Un quart d'heure après, les jambes sont paralysées.

Obs. LXVI. — E.-M. T..., 69 ans. *Rachistovaïnisation* : 0,08. Très bon résultat. Pas de maux de tête le soir de l'opération, ni les jours suivants.

Obs. LXVII. — P.-M. Ra..., 70 ans. 0,07 *cgr. de stovaine*. 3' après, anesthésie commence ; 5' après, jambes paralysées. Quelques maux de tête le soir ; *durée* : 3 h.

Obs. LXVIII. — J. M..., 66 ans. 0,08 *cgr. de stovaine*. Au bout de 5' *anesthésie*. Au bout de 10', sensation d'étouffement, état syncopal. *Nausées*. Le malade se remet après une piqûre de caféine et parle pendant toute la durée de l'opération. Un peu d'excitation due à la caféine.

Obs. LXIX. — Gent... 0,08 cgr. de *stovaïne*. Au bout de 3' anesthésie entamée jusqu'aux mamelons ; au bout de 5', paralysie des jambes engourdies toute la journée, pas de céphalie.

Obs. LXXII. — M. Ba..., 62 ans. 0,14 cent. de novocaïne sans adrénaline. La ligature des canaux déférents n'a pas été trop douloureuse, mais pour la décortication de la prostate, on a dû recourir à l'éther. Au début, un peu de paralysie des jambes vite dissipée. Pas de maux de tête le soir.

Obs. LXXIII. — Wil..., 70 ans. La piqûre a été faite haut parce que le malade présentait de la scoliose. Anesthésie complète remontant jusqu'au bas du thorax. Deux minutes après l'injection de 0,04 cent. de *stovaïne* Billon. Pendant toute l'opération, lipothymie. On fait au malade 2 piqûres de caféine. Relâchement des sphincters. Au bout de $\frac{3}{4}$ d'heure, la motilité reste abolie et l'anesthésie de la moitié du corps complète. Le malade n'a pu bouger les jambes que vers 3 h. de l'après-midi. La sensibilité est revenue aussi à ce moment. Bonnes suites.

Obs. LXXXII. — P. Val..., 63 ans, injection de 2 cmc. 5 de *novocaïne* (environ 0,12 cent.). Avant la piqûre, pouls à 96. 13' après, pouls à 80. Etat syncope prolongé. Malheureusement, la motilité et la sensibilité ont persisté. Les jambes sont restées engourdies jusqu'à 5 h. du soir. Le lendemain, pas de maux de tête ; puis céphalie et vertiges, le surlendemain, qui ont persisté jusqu'à 8 h. du soir.

Obs LXXXIX. — Abbé C..., 68 ans. 0,08 cent. de *stovaïne*. L'insensibilité est complète au bout de 10' et

remonte jusqu'au bas du thorax, A midi seulement, le malade s'est plaint de souffrir un peu. Bonne anesthésie sans le moindre incident.

En somme, dans presque toutes ces prostatectomies, la rachi a été suffisante. Elle présente le grand avantage de soustraire le malade à l'influence de l'éther ou du Bîroth et de lui enlever la période pénible post-anesthésique. Bien réussie, elle n'offre, en somme, que des avantages par la suite, et il nous semble que le chirurgien est en droit de la tenter toutes les fois qu'il éprouve quelques craintes au sujet de l'état du malade pour l'anesthésie générale.

Quelques-uns de nos malades ont présenté pendant l'opération une tendance à la lipothymie et à la syncope. Evidemment l'anesthésique y était pour quelque chose, mais aussi nous pensons que ces défaillances sont dues souvent à l'état d'esprit du malade, opéré éveillé, et apercevant toujours forcément quelques détails de l'opération. Rien que le bruit des instruments peut troubler un pusillanime !

Un de nos malades C. M. Dut..., est mort le surlendemain. Il s'était endormi, après la piqure, comme pour une anesthésie générale. Le soir de l'opération et le lendemain, excitation très grande, puis coma et mort. Mais il faut dire que ce malade était un distendu qu'on a dû opérer d'emblée. C'est le seul cas grave consécutif à une rachi.

Nous n'avons jamais vu pratiquer, à l'hôpital Saint-Joseph, la prostatectomie sous anesthésie locale, traitée dans la thèse du D^r Kreps. Nous ne pouvons donc en parler ici.

En résumé; quand l'état général du malade le permet, on peut employer l'éther ou le Bilioth qui ont l'avantage d'être moins délicats à manier que la rachi. Mais chez un malade en mauvais état, emphysémateux ou bronchitique, on doit, auparavant, essayer l'anesthésie par la rachi-anesthésie.

Un mot, avant de terminer ce chapitre, sur les anesthésiques employés dans la rachi.

Nous nous sommes servis, soit de stovaïne, soit de novocaïne. La 1^{re} semble plus énergique, mais donne des maux de tête assez violents. Pour la 2^e, il faut pratiquer l'injection, au moins 20' avant l'opération. Elle est peut-être moins sûre, comme effet, mais certainement moins brutale.

CHAPITRE VII

Technique opératoire.

Dans ce chapitre qui a trait à la technique opératoire de la prostatectomie sus-pubienne, nous envisagerons, dans une première partie, la prostatectomie simple, et dans une seconde partie, nous dirons un mot de la prostatectomie en 2 temps avec indications, ses avantages et ses inconvénients.

Nous dirons tout d'abord que la prostatectomie, telle que je l'ai vu pratiquer par le D^r Rafin et son élève le D^r Giuliani, à l'hôpital S^t-Joseph, ne diffère en rien de la méthode de Freyer. Contrairement à la plupart des chirurgiens français, M. le D^r Rafin n'a voulu apporter aucune modification à l'opération pratiquée par l'inventeur de la méthode, et il a suivi la manière de faire du chirurgien anglais qu'il est, d'ailleurs, allé voir opérer, à Londres, depuis. Nous allons étudier dans ce paragraphe : 1° les soins préliminaires immédiats ; 2° les instruments nécessaires ; 3° l'opération en elle-même ; 4° les soins immédiats, laissant les soins consécutifs pour le prochain chapitre.

1° SOINS PRÉLIMINAIRES. — Aussitôt avant l'opération, l'infirmier fait au malade un grand lavage boriqué d'au moins 3 litres, après avoir introduit, dans la vessie, une

sonde en gomme à béquille, de calibre aussi fort que l'urètre le permet. Cette sonde est munie d'un fosset en bois. Ensuite, le malade, soigneusement rasé et désinfecté, est porté sur la table d'opération.

Un grand plateau métallique stérilisé est placé sous le malade. Celui-ci, ainsi installé, l'infirmier pratique un second lavage, cette fois nitraté avec une solution de nitrate d'Ag. à 1 ‰. Quand on a fait ainsi passer 1 lit. de liquide dans la vessie, on laisse environ 200 gr. de cette solution de nitrate pour garnir la vessie et obtenir une désinfection qui s'opèrera pendant les premiers temps de l'opération, et l'on place le fosset de la sonde. L'infirmier, qui ne quitte pas le malade de toute l'opération, doit surveiller cette sonde sans salir le champ opératoire et s'assurer qu'elle ne sort pas de la vessie.

2° INSTRUMENTS. — L'instrumentation nécessaire pour pratiquer l'opération de Freyer est très simple : un bistouri, quelques pinces hémostatiques, quelques pinces de Kocher : ceci pour la taille hypogastrique. Pour l'opération de la prostatectomie en elle-même, encore moins d'instruments : ongles de Pasteau qui, d'ailleurs, ne sert presque jamais.

Donc les instruments se réduisent à un bistouri, quelques pinces, tube de Freyer et un gant de caoutchouc.

3° L'OPÉRATION. — Elle se compose de 3 parties dont une accessoire : la ligature des déférents.

Ligature des déférents. — Je puis dire que les cas où je ne l'ai pas vu pratiquer, au préalable, forment l'infime minorité. C'est une excellente intervention

préventive de l'orchite, et le Dr Rafin ne l'a négligée que lorsque l'orchite préexistait à l'intervention.

Très facile dans certains cas, cette petite opération est très longue dans d'autres. Le déférent échappe, roule sous les doigts avec une facilité terrible, et bien souvent, j'ai entendu mon maître l'appeler en plaisantant : la « souris déférentielle ». Deux points de suture sur le scrotum au fil métallique très fin.

Taille hypogastrique. — Elle se fait de la façon la plus ordinaire.

Prostatectomie. — Le chirurgien introduit l'index de la main gauche gantée dans le rectum. Il fait saillir la prostate dans la vessie, de façon à ce qu'elle vienne à la rencontre du doigt vésical. Alors, avec l'ongle de l'index droit, il déchire la muqueuse au point qu'il sent le plus saillant, sur ce qu'on est convenu d'appeler le lobe médian, s'il y en a un. A peine a-t-on traversé la muqueuse vésicale que l'on arrive sur la capsule prostatique. C'est ce temps opératoire que Freyer a considérablement modifié dans sa technique. Nous citons textuellement la traduction de son livre, pensant qu'il est impossible d'avoir une explication plus claire : « Et, maintenant, la pointe du doigt en contact intime avec la capsule, on obtient l'énucléation de la prostate hors de la gaine externe et au dehors de la vessie, par l'insinuation du doigt successivement en arrière, sur les côtés et en avant de l'un des lobes latéraux, ce qui amène la séparation de la capsule d'avec la gaine. Le doigt, par des mouvements circulaires en avant et sur la face interne du lobe, détache celui-ci de l'urètre qu'il

sent recouvrir la sonde, et le pousse dans la direction de la symphise entre les lobes latéraux, lesquels seront habituellement détachés de leur commissure antérieure pendant la manipulation. L'autre lobe est attaqué et traité de la même manière. Le doigt est ensuite amené en bas et la face inférieure de la glande est détachée du ligament triangulaire. Lorsqu'on sent la prostate libre de la gaine et séparée de l'urètre par le doigt placé dans le rectum et celui qui a été introduit dans la vessie, on pousse la glande dans la vessie par l'ouverture pratiquée dans la membrane muqueuse, ouverture qui, pendant la manœuvre, s'est beaucoup élargie. »

De cette façon, on peut le voir, Freyer respectait l'urètre avec le plus grand soin possible. Or, il a complètement changé sa manière de voir à ce sujet, et c'est cette dernière que le docteur Rafin emploie de préférence. Nous laisserons encore parler l'éminent chirurgien anglais sur son opération : « Dans ma dernière conférence donnant des détails sur ma huitième opération, j'ai déjà décrit comment, au lieu de parvenir à séparer les lobes prostatiques au niveau de leur commissure antérieure, de façon à obtenir l'intégrité de l'urètre, celui-ci fut déchiré involontairement, et la prostate en bloc poussée en dehors de la vessie par suite de la pression du doigt placé dans le rectum. Le patient eut une convalescence normale. Il jouit maintenant d'une excellente santé, sans aucun trouble du côté des voies urinaires. Le succès obtenu dans ce cas me décida à rompre l'urètre volontairement et à retirer une portion ou la totalité de l'urètre prostatique, lorsque je constatais que l'énucléation n'avait pas suffi-

samment progressé pour séparer les lobes le long de leurs commissures antérieures ou postérieures, de façon à détacher la prostate de l'urètre et à laisser celui-ci intact, avec le résultat excellent décrit plus haut. Le succès, qui a été obtenu dans ces derniers cas, est de haute importance, car cela indique qu'il est possible d'énucléer la prostate dans une période moins avancée de son hypertrophie et que, dans le cas où elle ne se laisse pas séparer de l'urètre, nous pouvons, sans hésitation, la déchirer hardiment ou mieux, l'extirper impunément. »

Maintenant, dans un autre article, Freyer reconnaît qu'il a presque complètement abandonné l'idée de conserver l'intégrité de l'urètre, et qu'il a toujours remarqué que cela n'avait aucune importance pratique. Il ajoute que la portion de l'urètre conservée par son premier procédé, manquant de soutien et d'irrigation sanguine normale, serait presque fatalement vouée à l'eschare et à l'élimination. Pourquoi donc se donner tant de mal à la respecter ?

Il ajoute un intéressant paragraphe que nous ne pouvons résister au désir de placer ici car il montre ce que deviennent les vésicules séminales et les conduits éjaculateurs dont nous avons eu à parler précédemment :

« L'examen de spécimens de prostate chez lesquels la commissure antérieure a été ouverte pendant les manœuvres d'énucléation, et c'est la majorité des cas, démontre que la portion dilatée de l'urètre prostatique, c'est-à-dire celle qui se trouve entre le veru montanum et le col vésical, a été amenée avec la prostate ; tandis que la partie située en avant reste en place, la première

de ces 2 sections de l'urètre qui reste en arrière des points de sortie des canaux éjaculateurs étant beaucoup plus adhérente à la prostate que celle qui se trouve en avant, entre ce point et le ligament triangulaire. En réalité, dans les cas de prostate grandement hypertrophiée, cette dernière partie est très faiblement attachée aux lobes des deux côtés. Lorsqu'une prostate de cette catégorie est énucléée dans sa capsule hors de la gaine, et que les lobes sont séparés doucement du ligament triangulaire avec l'extrémité du doigt, l'organe peut être senti pendu par l'urètre et les conduits éjaculateurs et l'index peut être facilement insinué de chaque côté, entre la portion inférieure des lobes prostatiques et l'urètre. Si maintenant, le bout du doigt est placé derrière la prostate dans la ligne médiane entre les conduits éjaculateurs et que la prostate soit poussée dans la vessie par le doigt placé dans le rectum, l'urètre va se rompre vers le veru montanum, laissant, en règle générale, les conduits éjaculateurs adhérents à la portion prostatique de l'urètre qui reste en place.»

Ainsi, on le voit, par la méthode de Freyer, les vésicules et les conduits éjaculateurs peuvent être conservés, ce qui nous explique les meilleurs résultats obtenus par cette méthode au point de vue génital, si l'on veut bien se reporter au paragraphe que nous avons consacré aux suites génitales.

M. le Dr Raïfin emploie de préférence, nous l'avons dit, la seconde méthode de Freyer, mais, pour les prostatites trop volumineuses, il extirpe lobe par lobe. La prostate vient ainsi en deux ou trois morceaux. Au

contraire, les prostates, de volume moyen, peuvent être énucléées tout entières, traversées par l'urètre en leur milieu. Ordinairement, l'urètre se rompt de lui-même au niveau du veru montanum. Dans d'autres cas, il faut le sectionner avec le doigt. Dans le cas de l'*obs.* 27, l'urètre tenait si dur qu'on essaya, en vain, de le couper par l'onglet de Pasteau. Le Dr Rafin éprouva trop de difficultés à manier les ciseaux. Finalement, l'urètre finit par s'arracher, mais il vint malheureusement un peu d'urètre membraneux, et le malade présenta de l'incontinence. Et il en éprouve encore un peu 3 ans après l'opération.

La prostatectomie, qui a l'air fort simple, est souvent une opération très pénible dans le cas de prostates adhérentes, et à plan de clivage difficile à trouver. Fort souvent, nous avons vu notre maître suer à grosses gouttes pour extraire une prostate pourtant de volume modeste. Le doigt serré dans l'ouverture vésicale, et le doigt manœuvrant péniblement dans le rectum, se fatiguent vite et nécessitent souvent un instant de repos de la part du chirurgien. La prostate, une fois libérée de ses connexions et adhérences, est chassée dans la vessie par le doigt ganté. Alors le chirurgien peut profiter de ce qu'il a encore le doigt dans le rectum pour faire un massage de la loge prostatique entre son doigt vésical et son doigt rectal, massage auquel Freyer ajoute une très grande importance.

Cette manœuvre a pour effet de diminuer de beaucoup l'importance de l'hémorragie. Puis le doigt est retiré du rectum; un aide enlève le gant, et le chirurgien va se laver les mains à l'eau stérilisée. Cela a l'a-

vantage de faire attendre un instant pour mieux voir s'il ne se produit point une hémorragie.

Encore avant de retirer son doigt, le chirurgien a eu soin de s'assurer que la prostate avait été extirpée dans sa totalité. En effet, dans quelques cas, le chirurgien ayant traversé la capsule prostatique propre trop profondément, s'expose à n'énuccléer qu'une portion de la glande, réalisant, sans le vouloir, une sorte d'opération, non curative, mais palliative, genre Mac-Gill. Dans un cas, le D^r Rafin n'enleva ainsi qu'un morceau du lobe droit, le malade guérit, d'ailleurs, parfaitement sans récurrence. Le chirurgien, les mains relavées, vient alors enlever la prostate qui se trouve dans la vessie. On fait immédiatement faire, par la sonde urétrale, un grand lavage nitraté chaud à 48°. Quand la prostate est de dimensions trop considérables, on la saisit et la réduit dans une forte pince, genre forceps; le plus souvent, elle sort avec le doigt. On saisit alors le tube de Freyer préparé comme je l'ai indiqué précédemment et on l'introduit profondément dans la vessie. Quand l'ouverture vésicale est trop petite, on place un drain de calibre un peu inférieur qui remplit le même office que le Freyer. Ce drain doit être assez gros. Il importe que l'issue des caillots soit bien assurée de façon à ce que la vessie soit mise complètement au repos pour éviter l'hémorragie. Mèches de gaze en haut et en bas de la plaie. Le Freyer est fixé à la peau par un fil métallique. On met ordinairement un ou deux points de fil métallique 24 prenant les plans superficiels au-dessus du Freyer. Ceci étant fait, on surveille le tube. On voit souvent le

niveau liquide monter le long du tube et parfois déborder. Il suffit d'étancher avec une mèche et tout s'arrête. Si une hémorragie a l'air de vouloir se produire, on traite comme j'ai indiqué précédemment. Ensuite, on recouvre de gaze le tube de Freyer. Nombreux doubles de coton autour du corps, et le malade est emmené dans son lit où on lui fera éther, caféine, huile camphrée, et surtout sérum artificiel, s'il y a lieu. Il sera bon de préparer des linges chauds pour l'envelopper quand on l'emporte de la table d'opération, car il ne faut pas oublier que la pneumonie et la bronchite sont une grosse cause de mortalité chez les vieillards.

VARIANTES OPÉRATOIRES. — Elles sont fort nombreuses. Nous citerons seulement les principales sans les discuter.

Albarran fait un cercle au bistouri tout autour de l'urètre, fait repérer avec des fils les lèvres de la plaie vésicale et place des écarteurs sur la vessie. Il se sert de ciseaux pour la section de l'urètre.

M. Pierre Duval suture l'urètre à la vessie pour qu'il n'y ait pas de solution de continuité dans la vessie. Il n'a pas eu d'imitateurs.

M. Legueu conserve la muqueuse prostatique et l'applique sur les parois de la loge cruentée.

Il est partisan du tamponnement post-opératoire de la loge prostatique ainsi que *M. Pauchet* et *M. Marion*. Ce dernier surtout le pratique systématiquement.

Messieurs les professeurs *Rochet* et *Gayet de Lyon* sont également partisans de ce tamponnement, à moins

que l'opération n'ait entraîné absolument aucune perte de sang.

M. Rochet tient beaucoup à enlever la prostate en un seul bloc et non à la morceler. Il coupe l'urètre, le plus près possible, au ras du bec de la prostate, de façon à éviter l'arrachement possible d'une portion de l'urètre.

M. Escat pratique l'hémostase et le drainage par une sorte de tamponnement à la Mickulitz attiré dans la vessie par un fil de soie passant par l'urètre en forme de parachute renversé. Cette méthode n'est guère à conserver que dans le cas d'hémorragie.

M. Carlier de Lille est également partisan de la section de la muqueuse vésicale au bistouri.

Enfin, certains opérateurs remplissent la vessie avec de l'air au lieu d'eau nitratée. Cette méthode présente des dangers : on a cité des cas d'embolie gazeuse mortelle.

PROSTATECTOMIE EN DEUX TEMPS. — Actuellement, M. le Dr Rafin tend de plus en plus, lorsque les urines sont infectées, lorsque le malade est un rétentionniste chronique distendu à pratiquer la prostatectomie en deux temps, c'est-à-dire la taille sus-pubienne en premier lieu, et quelques semaines après la prostatectomie. C'est un procédé que j'ai vu pratiquer 15 fois sur nos 94 prostatectomisés. Nous n'avons eu qu'un seul mort, le 1^{er}. Tous les autres ont bien supporté la prostatectomie. Cette façon de procéder est utile sous 2 rapports : elle permet le drainage et le lavage de la vessie infectée. Elle aide puissamment le muscle vésical distendu à revenir sur lui-même et à éviter les incontinences con-

sécutives à la prostatectomie chez certains distendus. Enfin elle permet d'attendre l'amélioration de l'état général.

La mortalité est très diminuée puisque chez nos opérés par cette méthode, elle tombe bien au-dessous de la périnéale comme gravité. Nous avons ainsi, en effet, une mortalité de 6,6 %.

Dans quel cas avons-nous trouvé des indications suffisantes pour opérer ainsi ? Dans tous les cas où la distension nous a semblé trop forte et où l'urine était très infectée. Chez certains malades, c'est l'état général qui a fait poser l'indication. Comme nous l'avons dit précédemment, il faut savoir attendre. Certains de nos malades avaient, d'ailleurs, été cystostomisés d'urgence par leur médecin avant leur entrée à l'hôpital.

Au bout de combien de temps avons-nous pratiqué la prostatectomie après la cystostomie ?

Chez un, nous avons vu pratiquer la prostatectomie 24 jours après la taille ; chez un autre, 30 jours. Trois ont été opérés du 50^e au 60^e jour après leur cystostomie. Trois, au bout de 2 mois. Cinq, de 5 à 6 mois. Chez un, nous n'avons pas d'indication nette, mais le laps de temps devait être au moins de 6 mois.

Le seul malade (obs. 2), que nous ayons perdu, est un prostatectomisé qui mourut au bout de quelques jours avec des symptômes péritonéaux. A l'autopsie, on trouva une perforation de l'estomac à l'endroit d'un ancien ulcère.

En un mot, la prostatectomie en deux temps permet d'attendre que l'état général du malade, qui laisse souvent à désirer à son entrée à l'hôpital, se soit amélioré.

Il faut savoir ne pas se presser, et, dans un cas, le malade ne s'améliorant pas, M. Rafin l'a écarté de la table d'opération.

La technique de la prostatéctomie en deux temps est celle de la prostatectomie ordinaire. Lorsque la taille a été pratiquée, on place un gros drain, dans la plaie vésicale, que l'on remplace au bout de quelques jours, ou même immédiatement, par la sonde de Pezzer. La prostatectomie se fait également normalement ; les soins pré et post-opératoires sont absolument les mêmes.

La plupart des chirurgiens préconisent l'opération en deux temps dans les cas que nous avons indiqués plus haut. Nous renverrons pour cette question à l'article de MM. Lewis, J. Pilcher et Paul M. Pilcher : *American journal of surgery*. Vol. XVI n° 6 juin 1912 p. 218 à 223.

Déjà Legueu, en 1908, préconisait l'opération en deux temps chez les infectés.

Néanmoins, il ne faut pas ériger cette opération en une sorte de règle absolue malgré toutes ses sécurités, chez tous les prostatiques. Ceux qui ne sont pas infectés, ceux qui ne sont pas distendus ou dont la vessie semble devoir revenir rapidement après le traitement ordinaire, sont en droit de réclamer la prostatectomie d'emblée qui les débarrasse rapidement en une seule fois sans leur faire courir les ennuis d'une nouvelle opération et sans les assujettir pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois, à la fastidieuse sonde de Pezzer.

Un mot encore sur l'anesthésie dans ce cas. Pour la

taille, on doit se contenter d'une anesthésie rapide, et même chez des malades très courageux, et en mauvais état général, on pratiquera seulement l'anesthésie locale. Je me souviens que, dans une taille hypogastrique que M. le Dr Rafin m'avait fait l'honneur de me confier, la cocaïne n'agissant pas, l'opération fut pratiquée, en quelque sorte, sans anesthésie, après avoir recommandé au patient de « serrer les dents ». Il supporta bien la douleur et guérit sans incident.

En somme, nous dirons, pour résumer, que la prostatectomie en deux temps est une excellente opération chez les distendus et les infectés. Qu'elle abaisse la mortalité à 6,66 0/0, ce qui est un très beau chiffre, mais qu'on doit savoir s'en dispenser chez les malades si l'indication ne s'en pose pas nettement.

CHAPITRE VIII

Soins consécutifs à la prostatectomie

Les soins consécutifs à la prostatectomie sus-pubienne sont, au moins, aussi utiles pour le succès final que la technique habile de l'opération elle-même, a dit Freyer. Je l'ai, en effet, toujours vu vérifier à l'hôpital Saint-Joseph. C'est par les soins minutieux et attentifs qui ont été prodigués au malade, c'est aux lavages antiseptiques, c'est à la surveillance constante de leur état général que nous avons vu la mortalité s'abaisser pour arriver à un chiffre en somme très satisfaisant. Que de soins sont nécessaires pour des opérés de cet âge !

Aussitôt que le malade a été transporté dans son lit avec toutes les précautions nécessaires pour éviter le refroidissement, on commence par tâter son poulx, et par lui faire immédiatement, s'il a saigné d'une façon abondante, une injection de sérum artificiel à 7 ‰, environ 300 gr. On le laisse se réveiller, et toutes les 4 heures, on change son coton qui est plus ou moins trempé. Si le malade se plaint de souffrir de la vessie, on enlève les compresses et on examine le tube de Freyer. Si celui-ci est plein de caillots, on commence par les enlever avec une pince. Si le liquide paraît vouloir déborder le rebord du tube, on étanche avec une compresse de gaze. Si le linge est très rouge, on

s'assure en surveillant l'écoulement par le tube que l'on n'est pas en présence d'un début d'hémorragie que l'on traiterait comme nous avons dit précédemment à propos des accidents post-opératoires.

Si le malade est agité le soir, il sera préférable de lui faire donner un lavement de chloral au lieu de préparations opiacées.

Le lendemain de l'opération, on doit commencer les lavages par le tube de Freyer. On agit ainsi : on introduit par le drain une sonde de Nélaton et on lave la vessie. Le liquide ressort par la plaie hypogastrique où passe la sonde. Ce lavage se fait avec une solution de nitrate d'Ag. à 0,25 ‰. Il faut faire passer ainsi au moins 3 litres dans la vessie. On continue de la sorte pendant les jours qui suivent l'opération. Et l'on fait 2 lavages par jour, toujours d'au moins 3 litres d'eau bouillie nitratée. La proportion est d'au moins 0,25 pour 1000, mais on en augmente la force si les urines sont sales, et on la met aussi concentrée que le malade peut la supporter.

Au bout de 3 jours environ, très souvent même le surlendemain, on enlève le gros tube de Freyer, et on le remplace par un drain plus petit. On continue, d'ailleurs, pendant 9 à 10 jours à faire les lavages par le drain. Puis, au bout de ce laps de temps, on enlève ce drain, et il ne reste plus que la fistule qui est très réduite à ce moment. Si le malade a de la fièvre, il sera utile de prolonger le drainage longtemps et ne pas laisser la plaie se fermer trop vite. Pour pratiquer efficacement les lavages, il faut injecter lentement afin que le liquide ait le temps de s'échapper entre les lèvres de la plaie et la

sonde. Quelquefois, quand les malades ont reçu leur injection dans la vessie, ils éprouvent le besoin d'uriner et rendent, par l'urètre, le lavage qui est entré par la plaie hypogastrique. C'est un excellent moyen de lavage de la vessie. Cependant, il faut éviter les besoins d'uriner intenses qui seraient dangereux pour le malade. Souvent, la plaie hypogastrique se réduit assez vite pour chasser le drain bien avant les délais sus indiqués. Il ne faut pas s'effrayer de ce léger contretemps et commencer les lavages par la plaie si le malade ne présente pas de fièvre.

De même, j'ai vu des cas où le tube de Freyer étant tombé au bout de quelques jours, on ne le remplaçait par aucun autre drain, et la plaie ne s'en cicatrisait pas moins avec une vitesse remarquable. Cette fermeture rapide de la plaie nous semble un des avantages de la méthode de Freyer qui fait une incision vésicale minime, et ne place pas d'écarteurs sur les lèvres de la plaie vésicale. Cependant, il faut éviter de tomber dans l'excès et ne pas chercher l'occlusion trop rapide de la plaie.

Autrefois, dans ses premières prostatectomies, M. le Dr Rafin, quand il voyait, au bout de 10 à 12 jours, que la plaie hypogastrique était en voie de fermeture, faisait commencer les lavages par le canal. On introduisait la canule de l'injecteur dans l'urètre, on obturait le méat, et le liquide sous pression ressortait par la fistule hypogastrique. Il se servait pour cela d'une solution boricuée. Depuis quelque temps, il a à peu près complètement abandonné cette méthode qui, si elle lavait très bien la vessie, était douloureuse et exigeait une pression trop considérable. D'ailleurs, il n'employait jamais cette

méthode qu'au bout du laps de temps indiqué précédemment, car; sans cela, on eût exposé le malade à l'hémorragie. Certains malades ne pouvaient pas supporter ces lavages, à cause de la douleur qu'ils occasionnaient. Freyer, au début, faisait passer une sonde en gomme vers le 3^e ou le 4^e jour qui suivaient l'opération afin d'irriguer la vessie par cette voie. Il craignait la contraction de la partie profonde de l'urètre, pendant la période de cicatrisation de la loge prostatique. Cette crainte n'était pas fondée ainsi que l'expérience le lui a démontré et maintenant, il n'introduit une sonde par l'urètre que les derniers jours précédant le rétablissement de la miction par le canal afin d'aider à la cicatrisation plus rapide de la plaie.

Albarran reproche à la méthode de Freyer de laisser le malade baigner dans l'urine pendant les jours qui suivent son opération. Marion a inventé un tube destiné à remédier à cet inconvénient. J'ai rarement vu M. Rafin l'employer. Au début de ses transvésicales, le Dr Rafin employait l'appareil d'Irving pour empêcher ses malades d'être toujours mouillés. Il y a renoncé maintenant ainsi que le Dr Giuliani parce qu'il leur a semblé que cet appareil avait l'inconvénient de retarder la fermeture de la plaie sus-pubienne qui avait un aspect tuméfié dû à la stagnation de l'urine. Pour empêcher les téguments qui entourent la plaie vésicale d'être irrités par leur contact prolongé avec l'urine, on les enduit de vaseline boriquée, et l'on recouvre le tout de compresses de gaze que l'on change le plus souvent possible.

Si l'on s'aperçoit que la plaie sus-pubienne mette du temps à se fermer, il ne faut pas hésiter à placer la

sonde à demeure au malade. Dans ce cas, il faut avoir soin de vérifier l'état du canal et de voir si ce retard de la fermeture de la plaie hypogastrique n'est pas dû à un rétrécissement. Lorsque 20 jours se sont écoulés depuis l'intervention et que la fistule ne semble pas en voie de se tarir, il faut placer cette sonde à demeure et la laisser jusqu'à ce que la cicatrisation se manifeste. J'ai vu ainsi plusieurs opérés garder la sonde à demeure 8, 10 et même 15 jours. Elle sera changée fréquemment, tous les jours ou tous les deux jours, et on pourra en profiter pour faire un grand lavage vésical au malade.

Les D^{rs} Rafin et Giuliani ne font faire aucun lavage par cette sonde. Quand la plaie vésicale semble vouloir se tarir, on cesse toute espèce de lavage et l'on attend la guérison complète. Peut-être conviendrait-il de *pratiquer une dilatation préventive prudente de l'urètre, comme certains chirurgiens le font systématiquement.*

Doit-on laisser un malade quitter l'hôpital sans que sa fistule soit complètement fermée? Evidemment, il vaut mieux que tout se tarisse dans le service, mais si cette fistule persiste longtemps, on peut renvoyer le malade chez lui en ayant soin de le recommander à son médecin qui lui fera des lavages si son état le nécessite.

Avant le départ de l'hôpital, on fait un grand lavage vésical à 0,25 ‰ de nitrate d'Ag., et on aura soin de vérifier ce résidu. Si la plaie a l'air de présenter quelque tendance à l'éventration, on fera faire au malade une bonne ceinture hypogastrique avec pelote, mais ce cas se présente très rarement. Pour les prostatectomisés en 2 temps, les soins sont absolument les mêmes,

mais on fait toujours faire à ces malades, plusieurs fois par jour, par leur sonde de Pezzer, des lavages bori-
qués et faiblement nitratés.

Il ne faut pas perdre de vue les fonctions intestinales, ainsi que le conseille le Dr Freyer. On a l'habitude de donner une purgation à nos opérés le surlendemain de l'opération. Puis, tous les deux jours, on leur fait prendre de l'huile de ricin, à la dose laxative de 5 gr. Les prostatiques sont toujours en même temps des constipés, et c'est cette stase des matières fécales qu'il faut savoir combattre. Si, par leur situation même dans leur lit, ils semblaient devoir faire de l'amoncellement des matières, il faut leur faire un curage digital du rectum, et leur faire prendre ensuite un lavement d'huile.

Freyer conseille de laisser le malade sur le dos pendant 24 heures et ensuite de le faire asseoir le plus tôt possible, surtout s'il présente quelques signes pulmonaires. C'est ainsi qu'agit le Dr Rafin.

CONCLUSIONS

I. La prostatectomie hypogastrique pratiquée suivant la méthode de Freyer semble être l'opération de choix pour le traitement de l'hypertrophie prostatique simple.

II. Elle supprime le résidu vésical dans la grande majorité des cas et permet au malade de n'être plus *l'esclave de la sonde*.

III. Elle améliore l'état des urines, mais pour arriver à ce résultat, il faut laisser s'écouler un temps plus ou moins long après l'opération.

IV. L'état général est relevé d'une façon remarquable chez la plupart des malades.

V. Notre mortalité opératoire a été d'un peu plus de 12 %, à peu près égale comme proportion à celle des prostatectomies périnéales entre les mains des mêmes chirurgiens. Cette mortalité s'abaissera quand la valeur de cette intervention sera mieux connue et les malades soumis plus hâtivement et dans de meilleures conditions générales et locales au traitement chirurgical.

VI. Chez les malades qui présentent des urines infectées, et chez les distendus, il faut savoir attendre et

instituer le traitement préalable approprié, pour pouvoir améliorer l'état général et local. La prostatectomie ne peut pas être considérée comme une opération d'urgence.

VII. Parmi les procédés susceptibles d'agir efficacement à ce point de vue, nous mentionnerons tout particulièrement la prostatectomie en 2 temps qui nous a donné un seul décès (et encore est-il discutable) sur 14 opérés.

VIII. L'indication de la prostatectomie est la rétention. On ne pratiquera donc pas cette opération à la 1^{re} période du prostatisme, dite congestive, sauf à titre exceptionnel.

IX. Les hématuries, les calculs vésicaux et l'infection modérée ne constituent pas une contre-indication à l'opération.

X. En cas de tumeur maligne de la prostate dûment reconnue, on devra s'abstenir d'opérer ou tout au moins suivant la technique employée pour l'hypertrophie simple.

XI. Le malade sera soigneusement examiné avant l'opération, et l'on s'efforcera de diagnostiquer les affections intercurrentes ou les lésions des organes essentiels : cœur, poumons, reins. Parmi les méthodes employées il sera bon de rechercher « la constante uréique d'Ambard. »

XII. Si le chirurgien trouve une contre-indication à l'anesthésie générale, il pourra recourir à la rachi-anesthésie qui nous a donné de bons résultats.

XIII. Au point de vue du procédé opératoire, la

méthode de Freyer, rigoureusement suivie, paraît préférable à toute autre.

XIV. Il sera bon de faire précéder la prostatectomie, quand l'âge du sujet le permet, par la ligature des déférents qui évite l'orchite post-opératoire.

XV. Les soins post-opératoires ont été simplifiés et consistent en des lavages nitratés pratiqués par le tube de Freyer ou la fistule hypogastrique jusqu'à ce que celle-ci soit à peu près fermée. Les lavages par l'urètre, sous pression, ne paraissent pas toujours nécessaires. Quelques lavages par l'urètre, avec la sonde, la plaie hypogastrique étant fermée ou à peu près, peuvent être utiles.

XVI. Si la fistule hypogastrique se ferme trop lentement, il faudra craindre : soit un rétrécissement de l'urètre et exposer le canal, soit la persistance d'un résidu et dans ce cas en assurer l'évacuation régulière.

XVII. La périnéotomie, en vue d'un drainage au point déclive, constitue une intervention utile en cas d'accident infectieux. Pour le même motif, il pourra être indiqué d'empêcher l'occlusion de la plaie hypogastrique, ou même de la réouvrir.

XVIII. Donc, la prostatectomie hypogastrique nous semble supérieure à la périnéale.

1° La mortalité est à peu près la même pour les 2 opérations.

2° La prostatectomie hypogastrique est une opération beaucoup plus simple.

3° Elle expose moins le malade à l'hémorragie post-opératoire.

4° Elle écarte le danger de la blessure du rectum.

5° La cicatrisation de la fistule hypogastrique est plus rapide.

6° Elle expose moins le malade au rétrécissement de l'urètre et surtout à l'incontinence.

7° Elle conserve beaucoup mieux les fonctions génitales des opérés.

Le Président de la Thèse,
JABOULAY.

VU :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 21 Juin 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.



TABLE DES MATIERES

	Pages
PRÉFACE	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Observations cliniques.	11
CHAPITRE II. — Considérations anatomiques et anatomo- pathologiques.	268
Examens histologiques	273
CHAPITRE III. — Résultats opératoires de la prostatectomie hypogastrique.	286
CHAPITRE IV. — Résultats cliniques de la prostatectomie hypogastrique.	325
CHAPITRE V. — Des indications de la prostatectomie . . .	336
CHAPITRE VI. — L'anesthésie chez nos prostatectomisés .	363
CHAPITRE VII. — Technique opératoire.	370
CHAPITRE VIII. — Soins consécutifs à la prostatectomie .	383
CONCLUSIONS	389

